Rok XLI. Kraków, 25 Stycznia 1902. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę z uwzględnieniem metody Döderleina.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Usiłowania, zmierzające do wycinania macicy przez pochwę, sięgają odległych czasów; atoli dopiero w ostatnich podał Czerny właściwy sposób postępowania i od tej chwili rozpoczął się szybki rozwój techniki tej operacyi, wykonywanej powszechnie, a prace późniejsze operatorów doprowadziły postępowanie to do wysokiej doskonałości. Operacya wycięcia macicy przez pochwę daje się wykonać z nadzwyczajną szybkością i zaliczyć się ją musi do zabiegów bardzo mało niebezpiecznych.

W miarę, jak się sposoby operowania rozwijały, wycinałem macicę przez pochwę za pomocą różnych metod. I tak pierwotną metodą według Czernego, wydobywałem ciało macicy raz przez tylne, to znowu przez przednie sklepienie, połowiłem ją sposobem Müllera, stosowałem cięcie Schchardta, wycinałem przydatki macicy, albo je zostawiałem, zaopatrywałem więzy szerokie podwiązkami, stosowałem kleszczyki Richelota, operowałem najwięcej metodą Doyena, a w końcu sposobem Döderleina.

Ogólnie powiedzieć mogę, że aczkolwiek pierwotne sposoby postępowania nasuwały różne trudności i obawy, to mimo to operowałem niemal zawsze szczęśliwie i chociaż się nie mogę wykazać zbyt liczną seryą operowanych przypadków, to przecież na 50 osób operowanych straciłem tylko jedną i to nie z powodu zabiegu operacyjnego. W przypadku, który straciłem, wyciąłem macicę, obarczoną włókniakami; operacya przebiegała gładko bez powikłań, a chora zmarła dnia 3-go z objawami niedomogi serca.

Zestawiając wynik oględzin pośmiertnych z przebiegiem pooperacyjnym tego przypadku, muszę przypisać zejście śmiertelne wpływowi narkozy chloroformowej na mięsień sercowy.

W czasach, gdy do zaopatrywania więzów szerokich używałem podwiązek, dwa razy widziałem, że znaczniejsza część więzu przeszła w obumarcie, a kikut wydzielił się wraz z podwiązkami. W jednym z tych przypadków chora gorączkowała dni kilkanaście, a w drugim wystąpiło zapalenie żył macicznych *(metrophlebitis)* z obrzmieniem kończyny dolnej. Obie pacyentki operowane były prywatnie.

Nadmienić muszę, że moje przypadki przeważnie operowane były w szkole akuszerek w Krakowie i w klinice lwowskiej, a tylko kilka prywatnie. Prócz kilku, wykonanych przez moich asystentów w mej obecności i przy mojej pomocy, resztę sam operowałem.

17 przypadków operowano różnemi metodami;
25 — metodą Doyena;
8 — sposobem podanym przez Döderleina.

Po ogłoszeniu przez Doyena jego metody, przekonawszy się z jaką szybkością i łatwością on to czynił, jak łatwo dają się więzy szerokie zaopatrywać, przydatki oglądnąć, operowałem tą jego metodą w ostatnich latach prawie wyłącznie i najwięcej przypadków. Metoda ta co do techniki operacyjnej zadowalniała mnie zupełnie, a wszystkie przypadki, operowane tą metodą, z wyjątkiem jednego przebiegały gładko i bezgorączkowo. Moczowodu nie nadwerężyłem nigdy. Raz w przypadku, gdzie rak przechodził na ścianę pęcherza moczowego, a przynajmniej zniszczył przednią ścianę szyi macicy, otwarłem pęcherz moczowy, który zaraz zaszyłem. Rana w pęcherzu się zgoiła, a przebieg pooperacyjny był niezamącony.

Postępowanie moje pooperacyjne było zgodne z postępowaniem przez wielu przyjętem i polecanem. Kleszczyki zdejmowałem zawsze z wyszukanemi ostrożnościami w 48 godzin. Gazę jodoformową, wprowadzoną do jamy brzucha, usuwano w dni 6—8 po operacyi i to nigdy odrazu, tylko zawsze o tyle, o ile dała się lekko wysunąć. Jeżeli przy pociąganiu napotykałem na opór, odcinałem kawałek wydobyty i pozostawiałem resztę do dni następnych, chociażby to i dłużej trwało.

Odnośnie do przebiegu pooperacyjnego tych przypadków wypada mi zanotować, że nigdy mi niewypadły jelita do pochwy po wydobyciu gazy użytej do opatrunku. Natomiast w jednym przypadku w ciągu następowego leczenia powstała przetoka jelitowo-pochwowa, najprawdopodobniej skutkiem ucisku na kiszkę zbyt wysoko założonych kleszczyków. W przypadku tym gaza niebyła dość wysoko założona do jamy brzucha, końce kleszczyków musiały sterczeć po nad gazą. Od tego czasu zwracam zawsze szczególniejszą uwagę na to, aby gazę wsunąć do jamy brzusznej wyżej, aniżeli sięgają końce kleszczyków.

Raz w jednym przypadku raka macicy, w którym więzy szerokie były bardzo wiotkie, a przydatki macicy dawały się ściągnąć przed części rodne łatwiej niż zwykle, pozostawiłem oba jajniki. W przypadku tym po wydobyciu gazy okazało się, że oba jajniki leżały w pochwie, a nad nimi znachodził się zaciągnięty otwór do jamy brzucha. Jajniki te musiałem następowo wyciąć, co przy opatrywaniu chorej prawie bez jej wiedzy zrobiono.

Używając kleszczyków do zaopatrywania więzów szerokich, zwracałem zawsze przed każdą operacyą szczególniejszą uwagę na stan, w jakim się znajdują i czy dobrze domykają i chwytają. Do operacyi brano tylko te, które

płótno w pojedyncze chwycone dobrze trzymały, a płótno się z nich przez pociąganie wysunąć nie dawało.

Zawsze używałem oryginalnych kleszczyków francuskich. Dwa razy zdejmując kleszczyki przekonałem się, że ramię było odłamane, co sądzę nastąpiło dlatego, że zbyt grubą warstwę tkaniny niemi ująłem. Mimo to w obu tych przypadkach żadnego krwotoku nie było, a gaza wydobyta wyglądała jak zwykle. Kleszczyki te miały ramiona na 3 ctm. długie; od tego czasu używam kleszczyków silniejszych.

Obawiając się, aby zaciśnięte kleszczyki nie popuściły w zamku przy przenoszeniu i ruchach chorej, wiązano jeszcze każde kleszczyki tuż przy uszkach do trzymania silną podwiązką jedwabną, jak to później polecił Zweifel. Ostrożność ta okazała się bardzo praktyczną, bo raz mieliśmy się sposobność przekonać, że kleszczyki, które były podczas operacyi na pewno zamknięte, później w zamknięciu się rozwiedły i byłaby może chora krwawiła, gdyby nie były podwiązką związane.

Raz tylko widziałem obfity następowy krwotok, ale w 21 dni po operacyi, gdy chora, prawie zupełnie ozdrowiona, miała już iść do domu. Przy badaniu dokładniejszem okazało się, że w szczycie pochwy była nieznaczna ściągnięta ranka, pokryta zdrową ziarniną, a na prawo od niej znajdował się lejkowaty zaułek, z którego krew jak z tętnicy spływała. U osoby tej niebawem przed krwotokiem podczas przestrzykiwania odszedł mały strzępek obumarłej tkanki. Sądzę, że odpadły obumarły kawałek tkanki obejmować musiał zakończenie przeciętej tętnicy macicznej lub jej większej gałązki i to w pobliżu rozgałęzienia, czyli w miejscu, w którem wytworzenie się czopa było utrudnione. W przypadku tym krwotok był znaczny; po dokładnem atoli zatamponowaniu ustał, a chora poszła niebawem zdrowa do domu. Naturalnem jest, że krwawienia tego niemożna łączyć w związek przyczynowy z użyciem kleszczyków.

Jak już wyżej zaznaczyłem, z metody operacyjnej Doyena byłem zadowolony, a przebieg pooperacyjny po użyciu kleszczyków bywał zawsze korzystniejszy, aniżeli w przypadkach, w których używałem podwiązek, gdyż był prawie zawsze bezgorączkowy. Dlatego też nie kwapiłem się do metody Döderleina, ogłoszonej w 63 tomie *Archiv. f. Gyn.* Gdym jednak słyszał Döderleina na Zjeździe ginekologów niemieckich w Giessen w maju b. r., zachwalającego swoją metodę, którą rysunkami szczegółowo objaśniał, postanowiłem się przekonać, jak się ma rzecz ze sprawą dobrowolnego oddzielania się pęcherza moczowego, co autor z naciskiem podnosił.

W sposobie operowania tak wydoskonalonym, jak przy wycinaniu macicy przez pochwę, Döderlein wprowadza zasadnicze nowości, a nadto wraca do sposobów zaniechanych i nadaje zabiegowi tok odmienny, wprowadzając tym sposobem znakomitą poprawę w postępowaniu. Do nowości należy to, że zaczyna operacyę odrazu od przepołowienia macicy, a okrojenie części pochwowej i oswobodzenie szyi macicy przekłada na sam koniec zabiegu. Tym sposobem stara się uniknąć zetknięcia się wydzielin macicznych z raną operacyjną w ścianach pochwy. Dalej przepołowienie zaczyna na tylnej ścianie macicy, podobnie jak to czyni Doyen na przedniej ścianie, czyli inaczej, postępowanie Doyena przenosi na tylną ścianę i działa wśród zabiegu od tylnego sklepienia pochwowego. Za tem też idzie, że powraca do zaniechanego postępowania, które podał Schroeder t. j. że wydobywa ciało macicy przez tylne sklepienie. (W pracy swej nadmienia, że przed nim Doyen w podobny sposób także operował). Najważniejszą nowością jest, że po przepołowieniu tylnej ściany macicy i po wydobyciu jej przed części sromowe przepołowia ją dalej i następowo przecina przednią ścianę macicy. (Müller przepołowiał macicę także, ale czynił to w sposób zupełnie odmienny). Z tego odmiennego postępowania wynika bardzo doniosła korzyść, bo dobrowolne oddzielenie się pęcherza moczowego od szyi macicy, co następuje pod wpływem nadmiernego odgięcia macicy ku tyłowi. Pęcherz moczowy tak oddzielony unosi się ku górze po za spojenie kości łonowych. Jest to korzyść bardzo doniosła, bo jak każdy przyzna, oddzielanie pęcherza moczowego palcem w sposób, praktykowany przy operowaniu przez przednie sklepienie, zawsze było nieprzyjemne. Z zupełnego przepołowienia macicy wynika znaczne ułatwienie przystępu do zaopatrywania więzów szerokich, które w dowolny sposób zaopatrzyć można. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Gluzińskiego we Lwowie.

Surowica rozpuszczająca ciałka białe krwi, otrzymana z chorego dotkniętego białaczką *(Leucaemia lymphatica).*

(Tymczasowe doniesienie).

Podał

Dr. Maryan Franke,

lekarz pomocniczy kliniki lek. Uniw. lwowskiego,

W dniu 15. listopada 1901. przyjęto do kliniki chorego, u którego rozpoznano białaczkę. Gruczoły chłonne: szyjne, karkowe, pachowe, pachwinowe, otrzewnowe tworzyły pakiety wielkości około pięści. Była to zatem forma gruczołowa białaczki. Badanie krwi wykazało następujące stosunki:

Liczba w 1 mm. sześć. ciałek białych . 392,500.
„ „ „ „ „ ciałek czerwonych 3.568,700.

Stosunek białych do czerwonych 1:9. Poszczególne formy ciałek białych zachowywały się jak następuje:

Leukocyty wielojądrzaste o neutrofilnej granulacyi 4%
„ jednojądrzaste małe 78%
„ jednojądrzaste wielkie 17%
Formy przejściowe . . . . 1%.

W myśl teoryi lyzyn, której początek dała praca Bordeta (1898), postanowiono otrzymać surowicę leukolytyczną (leukotoksyczną), którąby więc działała rozpuszczająco na ciałka białe krwi spostrzeganego przypadku białaczki.

W tym celu przy zachowaniu wszelkich zasad aseptyki wyłuszczono choremu pakiet gruczołów chłonnych w pasze lewej[1]). Gruczoły te, po przepłokaniu ich w 6‰ roztworze soli kuchennej, roztarto w moździerzu porcelanowym na masę papkowatą, masę tę następnie rozcieńczono roztworem soli kuch. 6‰ i przecedzono przez wyjałowiony muszlin. W ten sposób otrzymaną zawiesinę gruczołów wstrzykiwano królikom do jamy otrzewnowej w dawkach 5—8—10 ctm.³ w odstępach trzydniowych, a w pięć dni po ostatniem, t. j. piątem wstrzyknięciu zabito króliki przez skrwawienie. Krew

[1]) Operacyi dokonał w klinice chirurgiczej Dr. Ruff, za co składam mu tutaj serdeczne podziękowanie.

z królików zebrano i po wycentryfugowaniu jej otrzymano surowicę, która powinna mieć własności rozpuszczania ciałek białych krwi tegoż chorego na białaczkę.

Chcąc się o tem przekonać, badałem w pierwszym rzędzie, jak się zachowuje pod mikroskopem krew tegoż chorego przy zetknięciu się z surowicą przez nas otrzymaną, a badałem to w wiszącej kropli na stoliczku ogrzanym przy ciepłocie 37° C. Wynik był następujący: jeżeli zmięszaliśmy krew naszego chorego z równą ilością otrzymanej surowicy, wtedy zauważyć było można, że ciałka białe stają się mało wyraźne, przejrzyste jak cienie, nieco pokurczone, o brzegach jakby wygryzionych. W pierwszej chwili po zmięszaniu ulegały tym zmianom tylko formy małe leukocytów (jednojądrzaste?), podczas gdy formy wielkie (wielojądrzaste?) były z początku bardzo wyraźnie widoczne. Obserwując przez dłuższy czas taką krew wraz z surowicą, można było stwierdzić, że ciałka białe stają się coraz mniej widoczne, przeźroczyste o ledwie zaznaczonym obrysie, który wreszcie znika zupełnie, a na miejscu ciałek białych spotykamy teraz rozlaną masę ziarnistą. Rozpadowi takiemu ulegały formy małe leukocytów w godzin 6—8, podczas gdy formy wielkie znikały dopiero po godzinach 12.

Mógłby ktoś zrobić zarzut, że zmiany opisane są tylko naturalnym objawem obumierania ciałek białych, a nie wynikiem działania dodanej surowicy. Zarzut ten jednak upada, gdy dodam, że w spostrzeganej równocześnie kropli krwi tego samego chorego, lecz bez dodania surowicy, można było stwierdzić, iż po 12—14 godz. przy ciepłocie 37° C. ciałka białe utrzymują się w stanie zupełnie niezmienionym, są wyraźnie widoczne o obrysach ostro zaznaczonych i dobrze widocznem jądrze.

W celu wykluczenia także możliwości, że już sama surowica królika zupełnie zdrowego mogłaby wywoływać opisane zmiany przy zmieszaniu jej z krwią białaczkową, badano pod mikroskopem krew tegoż chorego po zmieszaniu jej z równą ilością surowicy królika zupełnie zdrowego, lecz żadnych zmian w ciałkach białych nawet po 12 godz. wykazać nie było można; zachowywała się ona tak, jak krew bez jakiejkolwiek domieszki.

Zatem surowica przez nas otrzymana posiadała własności leukolytyczne dla ciałek białych krwi naszego chorego.

Wyniki te kazały mi dalej badać zachowanie się krwi naszego chorego pod wpływem wstrzykiwań podskórnych otrzymanej surowicy, by się przekonać, czy ona zatrzymuje swoje własności lytyczne także wobec ciałek białych w ustroju i czy nie wywoła rozpadu obrzękłych gruczołów, słowem, czy tą drogą nie dałoby się osiągnąć jakiego wpływu leczniczego. Doświadczenia w tym kierunku musiały jednak uledz zwłoce z powodu złego stanu chorego [2]. Doświadczenia dalsze z tą surowicą podejmiemy, jak tylko zgłosi się do kliniki chory z białaczką o formie podobnej. Również są w toku badania nad zachowaniem się krwi innych chorych wobec tej leukolytycznej surowicy, zwłaszcza poszukiwania, jak zachowują się poszczególne formy ciałek białych.

W powyższy sposób będziemy także wstrzykiwać królikom zawiesinę otrzymaną ze świeżo wyciętych mięsaków, w tej myśli, czy też surowica tą drogą otrzymana nie będzie miała jakiegokolwiek wpływu na chorych dotkniętych mięsakami. Do jakiego wyniku dojdziemy, to przyszłość okaże.

[2]) Chory zakończył życie d. 9 stycznia 1902 r.

III. Z zakładów higieny Prof. Dra Bujwida w Krakowie i Radcy Dworu Prof. Dra M. Grubera w Wiedniu.

O antysputolu

(proszku odkażającym i odwaniającym do spluwaczek).

Podał

Dr. Norbert Gertler w Krakowie.

Powszechnie wiadomą jest rzeczą, że każde niemal mieszkanie daje sposobność nietylko do przebywania, ale i do szerzenia się różnych drobnoustrojów tak chorobotwórczych, jakoteż i pasorzytniczych.

W pierwszym rzędzie wspomnieć tu należy drobnoustroje, wywołujące błonicę, gruźlicę płuc, płonicę, dur brzuszny, zapalenie płuc, grypę [1]) i t. p. Drobnoustroje te przebywają w ciemnych i niedokładnie czyszczonych, a szczególnie mokrych kątach mieszkania, lub w szczelinach podłóg, na meblach, sprzętach, firankach zabawkach dziecięcych, a najbardziej w niehigienicznych spluwaczkach, gdzie drobnoustroje mogą nietylko przez długi czas zachowywać swoją żywotność, ale nawet rozwinąć się i w ten sposób wytworzyć ognisko do dalszego zakażenia [2]).

Szczególniej wymienić tu należy gruźlicę, której $^1/_7$ część ludzi ulega; według doświadczalnych prac Kocha i jego ucznia Corneta [3]) powstaje ona najczęściej przez wdechanie kurzu, zmięszanego z zaschłemi i mechanicznie roztartemi cząstkami plwocin gruźliczych.

Cornet [3]) pracował przez kilka lat w zakładzie Kocha nad wyśledzeniem miejsc, gdzie prątek gruźliczy poza ustrojem ludzkim się znajduje. Badał on kurz pokrywający ściany meble, gzymsy i podłogi w mieszkaniach, więzieniach; hotelach, na ulicy i t. p. w kierunku zawartości prątków gruźliczych. Jako odczynu do wykrycia tego zarodka użył on morskich świnek, którym wstrzykiwał kurz zmieszany z bulionem jałowym do jamy brzusznej.

Z dochodzeń Corneta wynikało, że prątki gruźlicze znajdowały się z całą pewnością w kurzu, lub nawet w powietrzu tam, gdzie łatwo plwociny gruźlicze mogły wyschnąć i potem z kurzem unosić się w powietrze. Sposobność do tego nadarza się najczęściej, jeśli plwociny gruźlicze dostają się na podłogę, lub gdy się je do chustek wykrztusza. Cornet słusznie uważa ogólne zaprowadzenie i używanie spluwaczek, umożliwiających usuwanie i zniszczenie plwocin, zanim one wyschną, za najlepszy i idealny środek, zapobiegający gruźlicy płuc.

Zresztą w innej statystycznej pracy [4]) udowodnił Cornet, że stałe przebywanie z osobnikiem gruźliczym, mało dbającym o czystość, może wywołać gruźlicę płuc u osobników najtęższych, z zupełnie zdrowych rodzin, u których nawet niema mowy o usposobieniu gruzliczem. Strauss [5]) na 29 przypadków badanych znalazł 9 razy żywotne prątki gruźlicze w jamie nosowej u zupełnie zdrowych ludzi (służby i t. d.), którzy dłuższy czas przebywali w pobliżu takich chorych gruźliczych.

Na licznych zjazdach higienicznych bardzo wiele rozprawiano nad sposobem usuwania plwocin. Podawano różne sposoby: Stone [6]) radził dla majętnych urządzenie spluwaczek przykrytych mocnym papierem, na któryby padały plwociny, i papier taki miano co drugi dzień usuwać i palić. Ponieważ koszta utrzymania takiej spluwaczki wynoszą około 60 halerzy miesięcznie, radził, aby w domach ubogich

przykrywać spluwaczki papierem wyciętym z gazet. Przeciw temu zarzucićby można nieestetyczne wejrzenie i to, że dzieci, lub zwierzęta domowe, jak psy, koty i t. d. mogą łatwo papier taki usunąć i rozszerzyć plwociny na cały pokój.

Radzono również, aby wcale nie odpluwać na podłogę, lecz do chustek. I tu osoba, mająca chustkę w ręce, łatwo przez podawanie ręki może udzielić drobnoustroje drugiemu, a nadto przez potrząsanie chustką mogą drobnoustroje ulatywać w powietrze. Uchwalono w końcu (I postulat ostatniego Zjazdu przeciwgruźliczego w Londynie), aby przynajmniej w każdym pokoju była spluwaczka. Używanie do takich spluwaczek piasku, trocin, wygotowanej kawy, cykoryi, wody i t. d. jest zupełnie nieodpowiednie. W takich spluwaczkach nietylko drobnoustroje chorobotwórcze nie zostają zniszczone, ale mnożą się wskutek rozkładu samych plwocin. Najczęściej takie plwociny wyrzuca się na ulicę lub podwórze. Przechodzący zabiera je na podeszwach obuwia do domu, rozszerza je w swem mieszkaniu, a przy zdejmowaniu obuwia niejedna bakterya pozostaje na rękach i tą drogą może nastąpić zakażenie ustroju.

Przypatrzmy się bliżej, co się dzieje w pokoju gruźliczego chorego, gdzie często przebywa cała rodzina. Ileż to razy w takim pokoju nie widzi się wcale spluwaczki, chory odpluwa wprost na podłogę, na pościel, ziejąc wokoło zarazę. Raz wezwano mnie do chorego, żyjącego w takich warunkach i który ostatecznie zmarł na ogólną gruźlicę. W rok potem wezwano mnie do wdowy po nim, która przed rokiem była zupełnie zdrową, a którą zastałem niestety prawie dogorywającą, wycieńczoną z powodu ogólnej gruźlicy. Mieszkanie, w którem zmarł jej mąż, stało się źródłem zakażenia dla wdowy i jej dzieci, gdyż mimo nalegania z mej strony nie przedsięwzięto odkażenia mieszkania po śmierci głowy rodziny.

Widząc takie przypadki dość liczne, które wszyscy lekarze niezawodnie spostrzegać muszą, nie mówiąc już o zakażeniu za pomocą plwocin w chorobach szybciej przebiegających, jak: błonica, płonica, krztusiec, cholera (za pomocą wymiocin) i innych, zabrałem się do obmyślenia środka zaradczego.

Znane mi były już spluwaczki, napełniane rozczynem sublimatu. Okazały się one niepraktycznie, bo stać się mogą trujące dla ludzi dorosłych, a tembardziej dla dzieci. Również nie nadaje się do tego celu kwas karbolowy z powodu nieprzyjemnej woni i rozlewania się płynu.

Wszelkim tym niedogodnościom może zapobiedz proszek, który obmyśliłem pod nazwą „Antysputolu“. Przytem kierowałem się zasadą, że proszek taki powinien wstrzymywać rozwój drobnoustrojów i je zabijać, odwaniać plwociny, uniemożebniać ich rozkład, nie być trującym dla ustroju ludzkiego i zwierzęcego, wreszcie być bardzo tanim.

Wszelkim tym wymaganiom odpowiada odkażający i odwaniający proszek do spluwania, wyżej wspomniany „Antysputol“. Składniki chemiczne i sposób otrzymywania proszku ogłoszę w osobnej późniejszej pracy; na razie nadmienię tylko, że oprócz środków silnie odkażających i odwaniających, nie ulegających ani wyparowaniu, ani ulatnianiu, wchodzi w skład i formalina, której nieprzyjemny zapach w szczególniejszy sposób został zupełnie usunięty.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy Dworu Prof. Dr. H. Jordana w Krakowie.

O rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ropni, wychodzących z części rodnych kobiecych.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 19 czerwca 1901 r.).

Podał
Dr. Stanisław Dobrowolski
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Ropnie jajnikowe bywają albo jedno, albo obustronne. Najczęstszem tłem ropni jajnikowych jest zakażenie i to albo połogowe, albo też rzeżączkowe, jakkolwiek nie rzadko też wytwarzają się ropnie jajnika przy zapaleniach, towarzyszących różnym chorobom zakaźnym. Ropnie ostro powstające towarzyszą zakażeniu połogowemu, lub też chorobom zakaźnym; ropnie rzeżączkowe wytwarzają się zwolna. Przypadków ropni jajnikowych ostrych w klinice w ostatniem ośmioleciu nie spostrzegano, natomiast operowano trzy przypadki ropni przewlekłych.

Rozpoznanie ropnia przewlekłego w okresie, kiedy obecność ropy nie daje już żadnego z ogólnych odczynów ropienia, jest na pewno wprost niemożliwe; będzie on bowiem przy badaniu cechami swemi podobny do torbiela jajnika i to torbiela, w którego otoczeniu wytworzyły się zrosty w następstwie miejscowego zapalenia otrzewnej, lub też może przy zmienionej topografii przydatków łatwo przypominać guz trąbkowy. Nic też dziwnego, że w żadnym z trzech przypadków, operowanych w klinice, nie rozpoznano przed operacyą ropnia jajnikowego.

W pierwszym przypadku u chorej M. L., 45-letniej, l. p. k. 21. z roku 1898, operowano właściwie z powodu wypadnięcia macicy, gdzie przed operacyą zmianę jajnika, polegającą na powiększeniu do wielkości jaja kurzego, określono jako zapalenie miąższowe. Po otwarciu jamy brzusznej, dokonanem w celu przyszycia macicy, wycięto również zmieniony jajnik, nie przypuszczając nawet, że istnieje ropień jajnika. Sekcya jajnika stwierdziła dopiero obecność ropy. U chorej drugiej E. G., l. 27, l. p. k. 130 z roku 1899, wywiady, przebieg i badanie przedmiotowe przemawiały za ciążą trąbkową w obwodowym odcinku trąbki się rozwijającą. Z powodu tego też wskazania przystąpiono do zabiegu. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się dopiero, że guz nie jest trąbkowym, tylko że jest to zmieniony jajnik wśród resztek wypociny; jajnik usunięto i w tym przypadku znowu dopiero sekcya jajnika wykazała w nim ropę.

Przypadek wreszcie trzeci dotyczy chorej S. Ł., l. 23, l. p. k. 183 z roku 1901. Wieloródka, ostatni poród odbyła przed czterema miesiącami, w połogu miała przez kilka dni objawy podrażnienia otrzewnej i gorączkę. Skoro objawy ogólne zupełnie ustąpiły, zgłosiła się do kliniki z powodu obecności guza w brzuchu. Przedmiotowo stwierdzono u chorej stan ogólny zupełnie dobry, ciepłota ciała przez dłuższy czas spostrzegania prawidłowa, a w brzuchu znaleziono guz wielkości dużej pięści przyrośnięty do powłok brzusznych, stojący w związku z częściami rodnemi. Cierpienie całe określono jako torbiel jajnika w wypocinie z okręceniem szypuły. Podczas dalszego spotrzegania wypocina otaczająca guz znacznie zmalała i guz samoistnie odlepił się od powłok brzusznych. Skoro teraz dokonano laparotomii, znaleziono torbiel wśród resztek wypociny, bardzo ściśle pozlepiany z pętlami jelit. Przy oddzielaniu jelit dopiero pękła ściana guza i wydobywać się poczęła ropa. Guz usunięto, do jamy brzusznej założono worek Mikulicza. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy.

Ropa, badana bakteryologicznie we wszystkich trzech przypadkach była jałową.

Jak powyższe przypadki świadczą, ropienia jajnikowe w leczeniu operacyjnem napotykamy rzadko, a to po pierwsze dlatego, że rozpoznanie ich jest nadzwyczaj trudne, a powtóre, że ropienia takie ustępują często samoistnie. Wyleczenie takie samoistne ropni nie stanowi reguły i nie można w przypadkach rozpoznanych na nie liczyć, gdyż ropa łatwo może przebić się do sąsiednich narządów, do otrzewnej, a nawet przez powłoki brzuszne. Przypadek trzeci prawie na pewno byłby się skończył przebiciem się ropy do jelita, gdyby nie operacya.

Skoro ropień jajnika rozpoznamy, będziemy zawsze operować i to o ile warunki pozwolą drogą pochwy, gdyż gdyby nawet ropień wśród operacyi pękł, będzie to mniej niebezpieczne, aniżeli to samo powikłanie operacyi przy laparotomii. W przypadkach, gdzie droga pochwy będzie niewystarczająca, musimy operować od jamy brzusznej, unikając pęknięcia, a skoro to nastąpi, to postąpimy najlepiej drenując otrzewnę.

Ropnie, zawdzięczające swe powstanie wypocinom w tkankach około- i omacicznych, są tylko w przypadkach świeżych tak usadowione, że możemy odróżnić, czy mamy do czynienia z wypociną przy, — czy też omaciczną; w przypadkach chronicznych stosunki topograficzne tak dziwnie się wikłają, że odróżnienie, które tkanki właściwie były pierwotnie zajęte, jest niemożliwe nawet podczas operacyi, dlatego to te oba rodzaje zapaleń można wspólnie traktować.

Wypociny, czy to na tle zakażenia połogowego, czy też rzeżączkowego, należą do rzeczy nadzwyczaj częstych; nie przedstawię jednakże dziś mimo to obszernej statystyki, gdyż po większej części schorzenia te, jako zupełnie typowe co do swego przebiegu, proste co do leczenia, dostają się u nas do leczenia szpitalnego, a tylko wyjątkowo powikłane przypadki dostają się w leczenie kliniczne. O ile jednak większość przypadków jest w leczeniu łatwą i prostą, o tyle te wyjątki, gdy chodzi o wyszukanie i doszczętne usunięcie ropy, częstokroć są rozpaczliwe, bo każdy z nich jest zupełnie atypowy, wymaga odrębnego, najczęściej z góry nie dającego się określić postępowania operacyjnego.

Przypadków łatwych do rozpoznania, zlokalizowania ropnie i leczenia było zaledwie trzy, w każdym z nich też nacięcie sposobem B a r d e n h e u e r a pozwoliło natychmiast odszukać ropę i chorą w ten sposób w krótkim czasie wyleczyć. Dotyczą one chorych: 1) M. S., l. 23. l. p. k. 54 z roku 1894 2) A. R., l. 25, l. p. k. 145 z roku 1897. 3) R. K. l. 21, l. p. k. 160 z roku 1900.

W innych siedmiu przypadkach leczenie nastręczyło tyle trudności, tyle powikłań oryginalnych, że nie można ich w krótkości ze sobą zestawić, tylko trzeba dokładniej opisać, jako choroby pod względem leczenia nadzwyczaj ciekawe. Podaję je tu w porządku chronologicznym.

1) C. A. l. 22, l. p. 66 z roku 1895. Chora roniła raz przed 4. laty i połóg po poronieniu przebiegał z gorączką, od tego też czasu czuje się chorą. Na 4 miesiące przed przybyciem do klini i przyjęta była do szpitala. Tutaj przez dłuższy czas leczono ją sposobami zachowawczymi z powodu wypociny, a gdy ta nie ustępowała a chora od czasu do czasu poczęła doznawać dreszczyków i znacznego wzniesienia ciepłoty, a wypocina, badana przez tylne sklepienie, okazywała miejsca miększe, wykonano na 3 tygodnie przed przybyciem do kliniki kolpotomię tylną. Odszukano ropę i nacięto szeroko ściany ropnia. Po wylaniu się sporej ilości cuchnącej ropy, badanie wykazało jamę poprzegradzaną listwami, a w jej ścianach liczne zaułki. Mimo codziennego oczyszczania i osączania jamy gorączka ciągle utrzymywała się, stan chorej z każdym dniem się pogarszał, często występowały objawy podrażnienia otrzewnej, dlatego to chorą przeniesiono do kliniki z zamiarem usunięcia macicy drogą pochwy w celu stworzenia lepszych warunków dla odpływu ropy. Trudne bardzo wyłuszczenie macicy przy pomocy rozkawałkowania nie powróciło chorej jednakże zdrowia, gdyż i to nie wystarczyło do otwarcia licznych drobnych rozsianych wśród wypociny ropni. Chora mimo wyjęcia macicy w dalszym przebiegu jeszcze od czasu do czasu miewała dreszcze i wzniesienia ciepłoty, stan ogólny jej nie ulegał zmianie na lepsze. Wobec rozpaczliwego stanu chorej spróbowano jeszcze jednej drogi, a mianowicie zrobiono nacięcie po stronie, gdzie wypocina była większą, według B a r d e n h e u e r a i przeprowadzono dreny z tego cięcia do lejka pochwowego. Po takiem setonowaniu dopiero dreszcze ustąpiły, stan ogólny chorej zaczął się poprawiać; wniesienia ciepłoty pojawiały się jeszcze przez pięć miesięcy.

2) A. M., l. 21., l. p. k. 29 z roku 1896; rodziła przed rokiem; po porodzie wystąpiła wypocina, którą leczono w szpitalu zachowawczo przez cztery miesiące, poczem chora opuściła szpital z resztkami wypociny. Od 3 tygodni odczuwa znaczne bóle dołem brzucha, dreszcze i gorączkę. Przy badaniu przedmiotowo stwierdzono dużą wypocinę miejscami dająca uczucie chełbotania. Zrobiono cięcie B a r d e n h e u e r a, jednakowoż przy niem stwierdzono, że guz leży wewnątrz otrzewnej. Ranę częściowo wytamponowano. W 2 tygodnie wypocina przebiła się do tej rany, od tego też czasu chora przestała gorączkować i w miesiąc odzyskała zupełne zdrowie.

3) J. G., l. p. k. 178 z roku 1897, wieloródka, która choruje od lat 3 od ostatniego porodu. Dwukrotnie od tego czasu była leczona w szpitalu zachowawczo z powodu wypociny, pierwszy raz przed dwoma laty, drugi raz przed rokiem; wskutek leczenia zyskiwała zawsze tylko bardzo nieznaczną poprawę. Przedmiotowo stwierdzono guz wielkości dwóch pięści, o cechach wypociny miejscami miękiej, umieszczonej po stronie lewej i od przodu macicy. W przypuszczeniu, iż w guzie jest ropa, starano się do niej dostać drogą pochwy; zrobiono kolpotomię przednią, po oddzieleniu pęcherza dotarto do dolnego odcinka guza, ale ropy mimo nakłócia nigdzie nie odszukano. Podobnie nie udało się dotrzeć do ogniska ropnego drogą cięcia według B a r d e n h e u e r a. Wysetonowano obie rany, ropa jednakże nie przedostała się nigdzie podczas obserwacyi całomiesięcznej. Chorą z powodu feryi przeniesiono do szpitala w celu dalszego leczenia zachowawczego.

4) R. G., l. 40, l. p. k. 219 z roku 1898, wieloródka. Przed rokiem leczona w szpitalu zachowawczo z powodu zmian zapalnych w przydatkach; po trzech miesiącach opuściła szpital ze znaczną poprawą zdrowia. Na 4 miesiące przed przybyciem do kliniki zgłosiła się ponownie do szpitala z powodu bólów dołem i w krzyżach; tam podczas leczenia na miesiąc przed przybyciem do kliniki zaczęła chorej wydzielać się przez pochwę obficie ropa.

Chora mimoto w dalszym ciągu gorączkowała, miewała dreszcze tak, że stan jej ogólny stawał się coraz gorszy. Przeniesiona do kliniki w stanie wyniszczenia; stwierdzono wypocinę, zajmującą całe podbrzusze aż na 3 palce poniżej pępka i przetokę w tylnem sklepieniu. Żegadłem Paquelina przypalono tylne sklepienie w kierunku poprzecznym; po dokonanej kolpotomii, udało się przeprowadzić palec do jamy guza, wydzielającej obficie cuchnącą ropę; ściany jamy wysłane były jakby obfitą ziarniną. Jamę po przestrzykaniu wytamponowano. Chora mimoto w dalszym ciągu gorączkowała, stan ogólny był bardzo zły. Po tygodniu palcem otwarto drogą jamy nowy ropień, poczem ciepłota była przez dwa tygodnie prawidłowa, po dwóch zaś tygodniach pojawiły się dreszcze, gorączka, podrażnienie otrzewnej. Po upływie dalszych trzech tygodni drogą jamy ropnia poczęła się wydzielać treść kałowa. Chora na proponowany zabieg operacyjny nie zgodziła się i na własne żądanie opuściła klinikę.

5) K. W., l. 22. l. p. k. 152 z roku 1899; rodziła przed czterema miesiącami, po porodzie wystąpiła wypocina, która w chwili przyjęcia chorej do kliniki sięgała na trzy palce niżej pępka. Skoro trzechtygodniowa obserwacya przemawiała za tem, że wśród wypociny znajduje się ropa, zrobiono nacięcie według B a r d e n h e u e r a, ale ropy nie udało się odszukać; wobec tego poprzestano na tamponadzie rany w nadziei, że ropa przebije do rany sama, co rzeczywiście nastąpiło po trzech tygodniach. Wtedy rozszerzono ranę, starano się palcem wyszukać wszelkie zaułki ropnia, a raczej pootwierać liczne obok siebie ułożone drobne ropnie i wszystko wytamponowano. Guz potem zmalał znacznie, ale nie ustąpił w zupełności; chorą z końcem roku szkolnego przeniesiono do szpitala, gdzie po $1^1/_2$ miesiącu musiano ponownie zrobić nacięcie sposobem B a r d e n h e u e r a, gdyż ropa przestała się

wydzielać, a objawy przemawiały za tem, że jeszcze są ropnie w głębi. W kilka tygodni powstała w miejscu rany po nacięciu ropnia przetoka kałowa, z powodu której chora kilkakrotnie była operowana i wreszcie po roku wyszła uleczoną.

6) K. K., l. 37, l. p. u. 170 z roku 1899, wieloródka, odbyła ostatni poród przed pięciu miesiącami; po porodzie wystąpiła wypocina, a na 5 tygodni przed przybyciem do kliniki zauważyła ropomocz. Zrobiono w tym przypadku cięcie według Bardenheura po obu stronach, ale z żadnego nie udało się dotrzeć do ropnia. W 2 tygodnie przebiła ropa do jednej z ran, wobec tego rozszerzono ją ponownie i wytamponowano. Mimoto jednak ropomocz nie ustąpił, chora co kilka dni miewała nieznaczne wzniesienia ciepłoty, a w przedniem sklepieniu, gdzie dawał się wybadać dolny odcinek nacieku, wystąpiło wyraźne chełbotanie. Po zrobieniu kolpotomii przedniej udało się dotrzeć do ścian ropnia, a po wypuszczeniu ropy ropomocz ustąpił i chora wkrótce wróciła do zupełnego zdrowia.

7) B. S., l. 40, l. p. k. 197 z roku 1899, wieloródka, zgłosiła się do kliniki z poronieniem w czwartym miesiącu ciąży, gorączkująca, z wypociną wybitnie wypełniającą przednie i prawe sklepienie, a mniej wyraźną około przydatków lewych. Przez trzy miesiące leczono chorą zachowawczo z powodu wypociny i w rzeczywistości wypocina po stronie prawej znacznie się zmniejszyła; wzrosła natomiast po stronie lewej i w tym odcinku wystąpiły objawy ropienia. Zrobiono wtedy nacięcie sposobem Bardenheuera. Odpływ ropy był początkowo dobry, w dalszym przebiegu mimo ciągłego rozszerzania rany ropa się zatrzymywała i wypocina nie ustępowała. Wobec tego wykonano kolpotomię tylną, tą drogą dotarto do ropni i przeprowadzono sączki od rany kolpotomijnej do rany po cięciu nad więzadłem Pouparta. W ten sposób dopiero udało się chorą wyleczyć z eksudatu.

Klasyczne chyba te przypadki przedstawiają cały szereg powikłań, trudności w rozpoznaniu umiejscowienia ropy i trudności, na jakie można natrafić przy leczeniu ropienia w tkankach okołomacicznych. Przypadki te wykazują niemożliwość wskazania typowych dróg leczenia dla tego rodzaju ropni. Z nich w dalszym ciągu wysnuć można, że ani droga pochwy nie jest lepszą od drogi cięcia pozaotrzewnego według Bardenheuera, że w trudnych przypadkach trzeba obie drogi równocześnie skombinować. Mimoto nawet przy takiem postępowaniu nie zawsze możemy być pewni z góry dobrego wyniku, a jak świadczy nasz przypadek pierwszy, nawet usunięcie macicy nie wystarczy czasami, by stworzyć dobre warunki dla odpływu ropy. Słowem ciężkie i powikłane przypadki ropni okołomacicznych wymagają w leczeniu zupełnej indywidualności postępowania, wielkiej cierpliwości i doświadczenia w wyszukaniu dróg do usunięcia ropy.

Krwisteki pozamaciczne ulegają czasami zropieniu samoistnie, częściej przy próbach usunięcia ich operacyjnego. Takie zropienie samoistne krwisteku zamacicznego spostrzegano w klinice dwa razy: 1) u chorej H. S. l. 30, l. p. k. 95 z roku 1897 i 2) u chorej B. L. l. p. k. 192 z roku 1897. Obraz w obu przypadkach był zupełnie typowy, a zwłaszcza po nakłóciu rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości. Leczenie w obu przypadkach polegało na wykonaniu kolpotomii tylnej przy pomocy żegadła Paquelina otwarcia szerokiego ropnia i wytamponowania jamy ropnia; po takiem leczeniu ropienie wkrótce ustawało.

Na dowód, jak częstokroć trudno określić nawet podczas zabiegu operacyjnego, zkąd ropienie bierze swój początek, jakkolwiek stoi w związku z narządami rodnymi, przytoczę w końcu dwie historye chorób:

1) C. R., l 38. l. p. k. 139 z roku 1895, wieloródka, czuje się chorą od lat 9. gdyż miewa często znaczne bóle dołem brzucha. Już w rok po rozpoczęciu się dolegliwości lekarz stwierdził u chorej jakiś guz w brzuchu. Mniej więcej od tego czasu miewa bardzo obfitą regularność i silne upławy białe. Od 6 tygodni chora ma dreszcze, gorączkę i objawy podrażnienia otrzewnej. Przedmiotowo stwierdzono u chorej w jamie brzusznej guz, wychodzący z miednicy małej, dnem swym sięgający na dwa palce niżej pępka, zbitości twardej, zupełnie nieruchomy, bardzo bolesny. Ponieważ przy badaniu wewnętrznem nie można było obok guza stwierdzić trzonu macicy, a złudnie wydawało się, że część pochwowa przechodzi bezpośrednio w guz opisany, przeto podejrzywano włókniaki macicy; z tem też rozpoznaniem przystąpiono do operacyi.

Po otwarciu jamy brzusznej napotkano na tak zmienione stosunki topograficzne i tak silne zrosty, że zoryentowanie się dokładne w położeniu części rodnych było wprost niemożliwe. Stwierdzono tylko, że w danym przypadku istnieją dwa guzy, jeden po stronie lewej wśród blaszek więzu szerokiego, zbitości twardej, po stronie zaś prawej jakiś guz elastyczny o ścianach cienkich. Najpierw pooddzielano zrosty w okolicy guza lewego i po nacięciu blaszek wyłuszczono z pośród nich guz wielkości dużej pięści o cechach torbiela brodawkowatego *(kystoma papilliferum)*; skoro przystąpiono do oddzielenia zrostów około guza prawego, pękła torba guza i wylała się z jego jamy obficie ropa. Po opróżnieniu tego ropnia natrafiono jeszcze na trzeci guz po za poprzednim leżący, który znowu był ropniem. Wypuściwszy ropę, gdyż o innem postępowaniu nie było i mowy, założono do jamy brzusznej worek Mikulicza. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy.

2) K. T., l 42, l. p. k. 144 z roku 1896, wieloródka, cierpiąca od lat dwunastu. Wtedy w 4 miesiące po porodzie zgłosiła się do kliniki, gdzie rozpoznano ropień śródotrzewnowy otorbiony, sięgający na palec poniżej wyrostka mieczykowatego. Opróżniono też wtedy ropień drogą nakłócia, przyczem odpuszczono ośm litrów ropy. Skoro po miesiącu chora ponownie się zgłosiła z podobnie jak poprzednio wypełnionym ropniem, nacięto ścianę ropnia, wypuszczono znowu kilka litrów ropy i wysączkowano jamę ropnia, którego ściany były zupełnie gładkie. Chora opuściła wtedy klinikę z małą przetoką, która dopiero po dwóch latach się zaciągnęła. Mimo takich stosunków chora jeszcze dwukrotnie zastąpiła; po ostatnim porodzie przed dziewięciu laty u chorej znowu począł wytwarzać się guz w brzuchu. Po pięciu miesiącach od tego czasu zgłosiła się do kliniki; znaleziono guz dochodzący do pępka, do którego prowadziły dwie wydzielające ropę przetoczki, usadowione w linii środkowej. Zrobiono nacięcie ściany ropnia, wydzieliła się przytem obficie ropa. Po operacyi chora opuściła klinikę z przetoką, która dopiero zagoiła się w r. 1894 i od tego czasu znowu obwód brzucha u chorej zaczął się zwiększać. Chora znowu w roku 1896 zgłosiła się do kliniki; stwierdzono guz w brzuchu, sięgający na 2 palce powyżej pępka, mało ruchomy, bolesny, w głębi chełboczący i przetoki w linii środkowej. Po nacięciu przetok w linii środkowej natrafiono na olbrzymi ropień zewnątrz otrzewnowy, schodzący nizko do miednicy małej. Na szczycie ropnia wewnątrzotrzewnowo leżał guz drugi, który najwięcej odpowiadał kształtem i zachowaniem się torbielowi. Otwarto wprawdzie otrzewną i znaleziono torbiel, ale tak ściśle z otoczeniem pozrastany, że od wyłuszczenia jego odstąpiono z uwagi na łatwość zakażenia z obok leżącego ropnia. Powłoki nad torbielem zaszyto, ściany ropnia wysączkowano.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, jama ropnia szybko się zaciągała i w tym stanie chorą musiano przenieść do szpitala. Wyleczona.

Kończę wyrazami serdecznej podzięki Prof. Jordanowi za łaskawe zezwolenie użycia materyału klinicznego do niniejszego odczytu i za cenne uwagi, jakich mi przy tej sposobności nie szczędził.

V. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

Z oddziału II. chorób wewn. Szpitala powsz. we Lwowie pod kierunkiem Docenta Dra Wiczkowskiego.

O diuretynie i moczniku.

Podał

Dr. Juliusz Zajączkowski,

kierownik pracowni chem. bakter. Szpitala powsz. we Lwowie.

Chociaż diuretyna, jak i mocznik, mają już od dłuższego czasu zastosowanie w lecznictwie i chociaż w tym kierunku niemało pojawiło się sprawozdań, szczególnie niemie-

ckich, sądzę, że należy podzielić się wynikami doświadczeń poczynionych na chorych w szpitalu, tem więcej, że wyniki te częstokroć były bardzo pomyślne, a nadto, co muszę podnieść, kombinacya tych obu leków, o ile mi wiadomo, dotychczas nie była jeszcze zużytkowana.

Mówiąc więc o lekach powszechnie znanych, ograniczę się tylko na krótkiej wzmiance o ich własnościach fizycznych i chemicznych. Diuretyna *(theobrominum natro-salicylicum)* jestto proszek biały, łatwo rozpuszczalny w wodzie gorącej, trudno w zimnej; pod działaniem kwasów, jak np. kwasu solnego, ulega rozkładowi na teobrominę i kwas salicylowy, co jest niekiedy przyczyną objawów dyspeptycznych ze strony żołądka.

Sama nazwa wskazuje, że diuretyna jest lekiem moczopędnym, a własność tę zawdzięcza wyłącznie teobrominie (47—48%), działającej według doświadczeń Grama, Koritschonera, Hoffmanna, Pomerantza i Pawińskiego podrażniająco na przybłonki kanalików nerkowych i ośrodki naczynioruchowe; działa podobnie jak kofeina, która jednak, podrażniając ośrodki naczynioruchowe daleko wybitniej wywołuje większy skurcz naczyń tętniczych, wzrost w nich ciśnienia krwi, a wskutek tego mniejszy dopływ krwi do nerek i stosunkowo mniejsze moczenie.

Co się tyczy mocznika, to ten był jeszcze w roku 1892 zalecony przez Friedricha jako środek moczopędny i za taki został uznany w następnych latach przez Klemperera, Bettmanna i Picka; działa moczopędnie przez podrażnienie wyłącznie przybłonków kanalików nerkowych.

Jak wspomniałem powyżej, podawaliśmy diuretynę i mocznik razem, w dawkach mniej więcej równych, w przypadkach niewyrównanych wad zastawek sercowych, a z pewnem upodobaniem przy marskości wątroby, gdy istniały większe przesięki do jamy brzusznej.

Co do dawkowania, to możemy tylko potwierdzić doświadczenie wyżej wymienionych autorów, że dawki, nie przekraczające dwóch gramów na dobę, działały bardzo niepewnie, że działanie moczopędne występowało zazwyczaj po podaniu obu tych leków w ilości pięciu i więcej gramów na dobę, a wreszcie, że przy podaniu nawet 10-ciu gramów nie zauważyliśmy objawów ubocznych, a biegunek, które niekiedy pojawiały się, do ujemnych objawów zaliczać nie możemy, gdyż chorych nie osłabiały.

Ze względu na diuretynę, z której, jak wiadomo, pod wpływem kwasu solnego soku żołądkowego wyosabnia się kwas salicylowy, wywołujący niekiedy objawy dyspeptyczne, polecaliśmy chorym według rady Koritschonera zażywać lek dopiero w trzy godziny po przyjęciu pokarmów.

Nie chcąc, by ta praca przekraczała ramy zwykłej notatki terapeutycznej, z przeszło 30-tu historyj chorób leczonych kombinacyą obu tych środków przytoczę tylko cztery i to w krótkim wyciągu.

Muszę jednak naprzód wspomnieć, że chorego, nadającego się do tych doświadczeń, pozostawialiśmy przez dwie doby bez leczenia, a czas ten był poświęcony badaniom wstępnym, t. j. oznaczeniu ilości moczu (w 24 godzinach), badaniu chemicznemu i mikroskopowemu moczu, badaniu tętna, zdjęciu krzywej tętna i t. p.

I. *A. K.* wyrobnica, l. 49, przyjęta do szpitala dnia 8/11 1900 r. Przed dwu laty rozpoznano u niej: *Insufficientia et stenosis ostii arteriosi sinistri in stadio incompensationis.* Stłumienie serca przekracza nieco linię przymostkową lewą, dochodzi do linii pachowej przedniej, a od góry rozpoczyna się na górnej krawędzi IV. żebra. Uderzenie koniuszkowe serca rozlane, słabo wyczuwalne przy obmacywaniu; nad koniuszkiem serca słaby szmer skurczowy i wydłużony szmer rozkurczowy; oba szmery wzmagają się w kierunku mostka i są najwybitniejsze w miejscu osłuchiwania tętnicy głównej; nad tętnicą płucną dwa szmery wybitnie słabsze. Tętno 68, łatwo dające się ugnieść. Żyły szyjne wypełnione, tętnią ujemnie. Twarz blado sina. Wątroba znacznie powiększona, twarda. Śledziona wypukiem powiększona, niemacalna. Brzuch wzdęty więcej poniżej pępka, chełbotanie w nim wybitne; obwód brzucha przez pępek wynosi 95 ctm. Kończyny dolne znacznie obrzękłe. Ilość moczu w 24 godzinach wynosi 480 ctm.³; mocz barwy winnej, silnie wysycony, o c. g. 1030, zawiera śladzik białka (0·005%); pod mikroskopem brak składników nieprawidłowych. Zastosowaliśmy u tej chorej kombinacyę diuretyny z mocznikiem według formułki.

Rp. Diuretini, Ureae purae aa 0·50, Mfpulv. Dtur t. dos. N. XII. S. 4—6—8 proszków na dobę.

W trzy dni po podaniu tego leku ilość moczu wzrosła prawie trzykrotnie 1200 ctm.³; 13/11 ilość moczu wynosiła już 1750 ctm.³, a od 14/11 do 22/11, t. j. do dnia, w którym chora opuściła szpital, wahała się między 1000 a 1200 ctm-³ na dobę, a to zmniejszenie się ilości moczu było wywołane równoczesną biegunką (5—6 stolców na dobę), którą słusznie można było uważać za objaw pomocniczy, gdy stan ogólny chorej stale się poprawiał.

Wymiar poprzeczny serca zmniejsza się wybitnie, gdyż badanie w dniu 18/11 wykazuje, że stłumienie przekracza linię przymostkową lewą zaledwie na 1 ctm., a linię sutkową lewą na 4 ctm. Uderzenie koniuszkowe serca rozlane, bardzo słabo wyczuwalne, jednak nieco lepiej, jak w dniu przyjęcia. Tętno 68, lepiej nieco wypełnione. Obwód brzucha wynosi 87 ctm. (wobec 95 ctm. 8/11). Żyły szyjne nieznacznie wypełnione; na kończynach dolnych obrzęk znacznie mniejszy.

II. *K. R.* l. 37, żona wyrobnika, przyjęta do szpitala 29/11 1900 r. Rozpoznanie: *Insufficientia mitralis in stadio incompensationis, insufficientia relativa tricuspidalis.*

Znaczna sinica twarzy i błon śluzowych; żyły szyjne znacznie rozszerzone, tętnią dodatnio. Stłumienie serca przekracza linię środkową ciała, na lewo dochodzi do linii sutkowej; uderzenie koniuszkowe serca nie widoczne, nie wyczuwalne. Nad koniuszkiem serca przeciągły skurczowy szmer, przechodzący w pauzę, ton rozkurczowy słabo słyszalny; szmer skurczowy równie silnie słyszalny nad dolną częścią mostka i na zewnątrz linii przymostkowej prawej; nad tętnicą płucną udzielony słaby szmer skurczowy, ton rozkurczowy zaledwie słyszalny. Tętnica sprychowa bardzo słabo wypełniona, tętno bardzo słabo macalne, miarowe, 120 na minutę. Wątroba powiększona wypukiem, niemacalna z powodu wzdęcia; wybitne tętnienie wątroby. Śledziona powiększona wypukiem. Brzuch w całości wzdęty znacznie, jednak więcej poniżej pępka, wybitne chełbotanie, obwód brzucha (przez pępek) wynosi 102 ctm. Na kończynach dolnych obrzęk i sinica bardzo znaczne

Ilość moczu na dobę wynosi 500 ctm,³; mocz ciemno-winny zmącony moczanami, o c. g. 1029, zawiera białko w ilości 0·008%; w osadzie brak składników nieprawidłowych.

Wobec bardzo lichego stanu ogólnego chorej zastósowano pierwszego dnia po przyjęciu do szpitala napar naparstnicy, a 3/10 diuretynę w połączeniu z mocznikiem, w dawce wspomnianej powyżej; już 6/10 zapisaliśmy ilość moczu 1750 ctm.³, 7/10 2000 ctm.³, 8-go, 9-go, 10-go 2500 ctm.³, a w następnych dniach nie spada nigdy poniżej 2000 ctm.³ na dobę. Obwód brzucha wynosi: 10/10 93 ctm. 14/10 88 ctm., a 22/10 82 ctm. wobec 102 ctm. w dniu 29/9. Obrzęk i sinica kończyn dolnych stopniowo ustępują tak, iż do 25/10 znikają zupełnie.

Badanie w dniu 10/10: stłumienie serca przekracza na 1 ctm. linię przymostkową lewą; uderzenie koniuszkowe serca słabo wyczuwalne; nad koniuszkiem serca szmer skurczowy; nad dolną połową mostka słaby szmer skurczowy, nie przechodzący na prawą połowę klatki piersiowej; nad tętnicą płucną słaby udzielony szmer skurczowy, ton rozkurczowy silniejszy; brak tętnienia, pochodzącego od wątroby. Żyły szyjne jeszcze nieco przepełnione, tętnią ujemnie. Tętnica znacznie lepiej wypełniona, fala niska, tętno miarowe waha się między 84 a 90. Chorą wypuszczono ze szpitala ze znacznem polepszeniem dnia 25/10 1900 r.

III. *W. J.* l. 27, żona wyrobnika, przyjęta do szpitala 16/10 1900. U chorej tej rozpoznano: *Insuff. et stenosis ostii venosi sin. in stad incomp.* Na twarzy i błonach śluzowych wybitna sinica. Stłumienie serca dochodzi do linii przymostkowej prawej, na lewo zaś przekracza nieco linię sutkową; uderzenie koniuszkowe słabo widzialne i wyczuwalne w V. przestworze międzyżebrowym; nad koniuszkiem serca szmer skurczowy i rozkurczowy; nad tętnicą płucną słaby szmer skurczowy udzielony; ton rozkurczowy wzmocniony; nad tętnicą główną dwa tony słabo słyszalne. Tętnice sprychowe bardzo słabo napięte, fala bardzo niska, tętno ledwie wyczuwalne, niemiarowe. Żyły szyjne silnie wypełnione, tętnią ujemnie. Wątroba znacznie powiększona, macalna, twarda; śledziona wypukiem powiększona, nie macalna. Brzuch silnie wzdęty

w całości; obwód jego przez pępek 103 ctm.[3]; wybitne chełbotanie. Ilość moczu (24 godzin), 500 ctm.[3]; w moczu niema składników nieprawidłowych.

W pierwszych dniach pobytu chorej w szpitalu zastosowano leki moczopędne, jednak bez wybitniejszego skutku; od 24/10 podawano diuretynę z mocznikiem w dawce zwykle używanej, a już 27/10 ilość moczu wynosi 1700 ctm.[3], a w pierwszych dniach listopada dochodzi do 2000 ctm.[3] i wyżej. Obwód brzucha przez pępek wynosi 29/10 99 ctm., 9/11 88 ctm., a 16/11 84 ctm. (wobec 103 ctm. w dniu 16/10). Obrzęk i sinica kończyn dolnych stopniowo zmniejszają się tak, że w dniu wyjścia, t. j. 18/11 1900, pozostaje zaledwie ich ślad. Stłumienie serca przekracza nieco na prawo linię środkową ciała; zmiany przysłuchowe te same. Żyły szyjne wybitnie mniej przepełnione. Tętnica słabo wypełniona, fala niska, tętno 84, lepiej nieco wypełnione, wybitnie mniej niemiarowe.

IV. *O. Ł.* l. 28, wyrobnica. Rozpoznanie: *Cirrhosis hepatis.* Na twarzy i wargach lekka sinica. Stłumienie serca prawidłowe; nad koniuszkiem serca dwa tony czyste, głuche, nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony. Tętnice sprychowe miernie wypełnione, tętno 64, miernie napięte, miarowe. Brzuch wzdęty, więcej nieco po stronie prawej, wybitne chełbotanie, obwód 90 ctm. Wątroba powiększona wypukiem, macalna, sięga cztery palce poniżej łuku żebrowego, twarda, o powierzchni chropowatej. Śledziona wypukiem powiększona, nie macalna. Kończyny dolne sine, nie obrzękłe. Ilość moczu (w 24 godzinach) 800 ctm.[3]; w moczu składników nieprawidłowych niema. 4/10 zastosowano diuretynę w połączeniu z mocznikiem, w dawce wspomnianej powyżej; piątego dnia po podaniu tego leku ilość moczu wzrosła do 1900 ctm.[3], a w następnych dniach wynosiła średnio 1300 ctm.[3]. Obwód brzucha w połowie września wynosił już 86 ctm., w październiku 76 ctm. (wobec 90 ctm. z dnia 2/9).

Stan chorej poprawia się znacznie — uczucie ciągłej duszności, jakoteż często występujące bicie serca i niepokój ustępują zupełnie. Tętnica nieco lepiej wypełniona, tętno 72, miarowe, dość dobrze napięte. Chora na żądanie zostaje wypisaną ze szpitala w dniu 30/10 1900 r.

Z ogólnej liczby (23) przypadków niewyrównanych wad zastawek serca, w których stosowaliśmy prawie wyłącznie diuretynę w połączeniu z mocznikiem, mieliśmy około 70% korzystnych wyników leczenia. Do przypadków, w których to leczenie najlepsze przyniosło wyniki, zaliczam cztery przypadki niewyrównanej niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, gdzie z powodu stale podwyższonego parcia krwi w tętnicach kofeina jest wprost przeciwwskazaną z powodu swego wybitnego działania na ośrodki naczynioruchowe. To samo mniej więcej można powiedzieć o wynikach łeczenia niewyrównanych wad zastawki dwudzielnej, połączonych niekiedy z wielkimi obrzękami i przesiękami, a nawet ze względną niedomykalnością zastawki trójdzielnej; częstokroć działanie tych leków było tak dodatnie, że nie potrzebowaliśmy uciekać się do podawania naparstnicy itp.

Pozostałe 30% przypadków, w których ten lek albo zupełnie nie działał, albo wyniki leczenia były zamało widoczne, tyczą się prawie wyłącznie wad zastawki dwudzielnej; podawana naparstnica również zawodziła, a przyczyną tego we wszystkich tych przypadkach było najprawdopodobniej zwyrodnienie włókniste mięśnia sercowego, co w dwóch przypadkach rzeczywiście sekcya stwierdziła.

Z dziesięciu przypadków marskości wątroby, leczonych diuretyną w połączeniu z mocznikiem, w trzech ilość moczu w trzech do pięciu dni po podaniu leku wzrastała często w dwójnasób i na tej wysokości utrzymywała się w następnych tygodniach; obwód brzucha zmniejszał się wprawdzie powoli, ale stale. Stan ten trwał przy tem leczeniu stale przez cały czas pobytu chorego w szpitalu i takim nawet pozostawał przez czas dłuższy, jeżeli chory nie przerywał leczenia po wyjściu ze szpitala, co stwierdziłem w jednym przypadku (po $2\frac{1}{2}$ miesiącach).

W pięciu przypadkach marskości wątroby, połączonej z wielkim przesiękiem w jamie brzusznej, gdy podobne leczenie prowadzone przez czas dłuższy, nie dawało zadawalniających wyników, wypuszczałem trójgrańcem płyn z jamy brzusznej i zauważyłem, że ilość moczu często już trzeciego lub czwartego dnia po tym zabiegu wzrastała znacznie i stale się utrzymywała na osiągniętej wysokości, jeżeli leczenie było systematycznie dalej prowadzonem.

Miałem sposobność po kilku, (trzech i czterech miesiącach) spostrzegać dwie takie chore, które z powodu innego cierpienia zgłosiły się ponownie do szpitala i nie dostrzegłem wybitniejszych zmian na gorsze, mimo, że jedna z nich od miesiąca zaprzestała leczenia.

Na podstawie doświadczeń zebranych na dość dużej liczbie chorych mogę śmiało zalecić diuretynę, a szczególnie kombinacyą jej z mocznikiem, jako dzielny środek leczniczy, nawet jako lek wyłączny nietylko w niewyrównanych wadach zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, ale także zastawki dwukończystej.

Mamy nadto w diuretynie i moczniku leki działające korzystnie w przypadkach marskości wątroby, a powiększa ich wartość znacznie ta własność, że są mało trujące, a wskutek tego można je podawać długo i w stosunkowo dużych dawkach.

VI. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o ruchu krytyczno-filozoficznym w naszej literaturze i o najnowszej pracy Biernackiego „Zasady poznania lekarskiego". Warszawa, 1902.

Dzieło E. Biernackiego „Zasady poznania lekarskiego" jest wyrazem filozoficznego kierunku, który w ostatnich latach dość wyraźnie zaznacza się w naszej literaturze. Na kierunek ten złożyły się dwa czynniki: 1) ogólny, teoretyczny i krytyczny prąd w spółczesnej nauce lekarskiej: 2) odrodzenie pod wpływem tego prądu popularnych niegdyś u nas poglądów Chałubińskiego.

Zmiana prądu w spółczesnej nauce lekarskiej datuje się od czasu, kiedy postępy bakteryologii zreformowały zasadniczo nasze poglądy na patogenezę wielu spraw chorobowych. Postępy te, zwłaszcza nauka o toksynach, wywołały reakcyę przeciwko bezwzględnemu panowaniu anatomii patologicznej w medycynie. Obudził się ruch krytyczny w kierunku wywalczenia dla kliniki pewnej samodzielności. Z drugiej strony pojęcie toksyn, jako przyczyny znajdowanych zmian anatomicznych, mimowoli jakby odrodziło humoralną patologię, stojącą w wyraźnem przeciwieństwie do dotychczasowej komórkowej patologii Virchowa. Okoliczność ta wysunęła na pierwszy plan zagadnienia z chemii biologicznej, tyczące przemiany materyi. Tutaj jednak spotkano na razie duże braki faktyczne; aby więc znaleźć mniejwięcej zadawalniającą odpowiedź na postawione zagadnienia, trzeba było dopełniać te braki teoryą. Ztąd powstała przewaga teoryi w kierunku spółczesnych badań naukowych w zakresie medycyny. Jeżeli do tego dodamy ogólny zwrot myśli ludzkiej ku idealizmowi na schyłku XIX-go wieku, to w zupełności wyczerpaliśmy już czynniki, jakie złożyły się na zmianę kierunku badań lekarskich w ostatniem dziesięcioleciu.

Ta zmiana mniej wyraźnie i powoli tylko rozwijała i rozwija się w nauce niemieckiej. Anatomia patologiczna zapuściła tu głębokie korzenie; całe pokolenia lekarzy wychowały się pod jej wpływem; to też na mocy tradycyjnej inercyi reformatorski ruch nie mógł tu przyjąć odpowiednich rozmiarów. U nas okoliczności złożyły się inaczej. Przewaga anatomii patologicznej ugruntowała się dopiero w ostatnich dziesiątkach lat XIX-go wieku pod wpływem nauki niemieckiej; do ostatniego prawie czasu wśród starszej generacyi lekarzy żywą jeszcze była tradycya starej medycyny francuskiej, opartej przeważnie na spostrzeżeniach klinicznych. Nic więc dziwnego, że nowy zwrot w nauce lekarskiej znalazł u nas bardzo prędko wyraźny oddźwięk i przybrał rozmiary jak na nasze stosunki imponujące.

Do tego w wysokim stopniu przyczynił się autorytet Chałubińskiego, pod którego hasłem ruch ten był u nas zapoczątkowany. Chałubiński kształcił się w uniwersytetach niemieckich pomiędzy 1840 a 1850 r., w czasie, kiedy ruch na polu anatomii patologicznej, który nadał później tak wybitne piętno medycynie niemieckiej, dopiero się tam zaczynał. W tym czasie na uniwersytetach niemieckich panowały jeszcze poglądy z jednej strony ustępującej już filozofii natury, a z drugiej medycyny klinicznej francuskiej z początku XIX-go wieku. Te ostatnie zdaje się wywarły największy wpływ na Chałubińskiego, i w nich to bodaj należy szukać źródła całokształtu jego poglądów na medycynę. Po ukończeniu studyów lekarskich Chałubiński osiadł w Warszawie i tu długi czas był czynny, jako wzięty lekarz praktyk. Dopiero około roku 1860, kiedy osięgnął już olbrzymie powodzenie w praktyce, zaczął swoją działalność profesorską, którą zresztą zajmował się niedługo, gdyż wkrótce, po zamianie szkoły głównej na uniwersytet, opuścił zajmowaną katedrę. Wpływ Chałubińskiego na ogół spółczesnych lekarzy w Warszawie pomimo krótkiej działalności profesorskiej był ogromny. Nieslychane wzięcie, jakie miał w praktyce, duża wiedza, zalety osobiste i ogromne zdolności czarowały wszystkich lekarzy, którzy mieli z nim ciągłą styczność na częstych naradach. Ulegali więc wszyscy jego wpływowi pomimo różnolitości kierunków i szkół. W Warszawie długi czas (prawie przez lat 30) nie było wyższego zakładu naukowego lekarskiego, ogół więc lekarzy ówczesnych przedstawiał dziwną rozmaitość: byli pomiędzy nimi wychowańcy szkół z Dorpatu, Wilna, Moskwy, Kijowa, Wiednia, Paryża, Krakowa. Chałubiński swoim osobistym wpływem stopił te wszystkie różnice i stworzył szkołę, do której weszli w przeważnej większości jego koledzy, lekarze praktyczni, a w części tylko jego uczniowie.

Szkoła ta zagadnienia praktyczne wysunęła na pierwszy plan. Dla Chałubińskiego, jako przedewszystkiem lekarza praktyka, medycyna była tylko sztuką leczenia. Zagadnieniami naukowemi, t. zw. czystą nauką, interesowano się o tyle tylko, o ile ta ostatnia swojemi zdobyczami mogła się przyczynić do postępu lecznictwa. Umiejętna dyagnoza i umiejętne wskazania lekarskie, — oto główne zadanie, jakie szkoła ta lekarzowi wskazywała i w tym tylko kierunku zaznaczył się jej korzystny wpływ. Szkoła ta spopularyzowała, (jeżeli nie stworzyła) drobiazgowe, systematyczne badanie chorego, oraz niewątpliwie stworzyła wielkiej wartości metodę logiczną wskazań lekarskich. Na sam postęp nauki szkoła Chałubińskiego nie wywarła żadnego wpływu, co zresztą wynikało już z zasady, wysuwanej przez tę szkołę na pierwszy plan.

Szkoła ta nie przetrwała długo, sam twórca przeżył jej upadek. Od roku 1873 młodszy zastęp ówczesnych lekarzy, pomiędzy którymi byli nawet uczniowie Chałubińskiego, zaczął przeszczepiać idee medycyny naukowej niemieckiej, znajdującej się podówczas w dobie rozkwitu; wysunięto zagadnienia naukowe na pierwszy plan, a do lecznictwa praktycznego wprowadzono skrajny krytycyzm. Idee te, rozszerzane systematycznie bądź przez tłómaczenia licznych podręczników niemieckich w „Bibliotece umiejętności lekarskich", wydawanej przez Girsztowta, bądź przez prace, ogłaszane początkowo w „Medycynie", a od roku 1880 w „Gazecie lekarskiej", szybko bardzo rozpowszechniły się i zapanowały w literaturze.

Rzecz godna uwagi, że zacięta walka, jaka się wtedy toczyła pomiędzy szkołą Chałubińskiego a młodymi adeptami czysto-naukowej medycyny, prawie nie znalazła odgłosu w ówczesnej literaturze. Zwolennicy Chałubińskiego nie przyjmowali wcale udziału w ruchu piśmienniczym, walka więc toczyła się tylko w praktyce. Wobec tego zwycięstwo młodych było łatwe, szkoła dawna, nie zasilana nowemi siłami, traciła coraz więcej zwolenników i ostatecznie ślady jej zasad pozostały tylko w wykonawstwie kilkunastu starszych lekarzy warszawskich.

Dopiero kiedy po roku 1890 w literaturze zagranicznej zaczęła się reakcya przeciwko przewadze anatomii patologicznej, kiedy klinika zaczęła się upominać o niezależne dla siebie stanowisko, kiedy obok zagadnień czystej nauki zaczęto wydobywać na jaw i zagadnienia praktyczne, tradycya szkoły Chałubińskiego odżyła. Odrodzenie to nastąpiło nie w dawnej, czysto praktycznej postaci, lecz w nowej, opartej na krytyce filozoficznej. Takim sposobem powstał ów kierunek filozoficzny, o którym wspomniałem na początku.

Pierwszy ruch w tym kierunku przypisać należy niewątpliwie Zygmuntowi Kramsztykowi, uczniowi Chałubińskiego. Należał on jako okulista do grona młodych lekarzy, którzy zakupili w r. 1880 „Gazetę lekarską", tworząc z niej własny organ dla propagowania zasad czystej nauki.

W „Gazecie lekarskiej" oprócz licznych prac okulistycznych pomieszczał on artykuły treści krytycznej ogólnej. W artykułach tych poruszał wiele ciekawych zagadnień naukowych i praktycznych, wskazując w nich na pewne zasadnicze błędy, wynikające z podporządkowania praktycznych celów medycyny pod zadania czystej nauki, z przenoszenia żywcem metod właściwych innym naukom do badań zawiłych zjawisk biologicznych itp. Szkice te, pisane żywo, z zacięciem polemicznem, stanowiły w naszej literaturze pierwszy wyraz reakcyi przeciw wyłącznemu traktowaniu medycyny ze stanowiska czystej nauki. W roku 1897, kiedy już ruch krytyczny przybierał u nas coraz większe rozmiary, Kramsztyk zakłada własny organ „Krytykę lekarską", aby ruch ten zogniskować i nadać mu więcej jednolity kierunek. Odtąd na łamach „Krytyki lekarskiej" ogniskuje się cały ten ruch filozoficzno-krytyczny, zyskując coraz większy zastęp zwolenników.

Nie jest moim zamiarem opisywać tu szczegółowo rozwój wspomnianego kierunku filozoficzno-krytycznego. Chciałem tylko w krótkim zarysie dać czytelnikom „Przeglądu lekarskiego" pewne pojęcie o sprawie, która dziś jeszcze ma charakter poniekąd lokalny i nie jest znaną dobrze lekarzom z innych dzielnic kraju naszego. Wstęp taki jest zresztą potrzebny, ażeby zrozumieć przedmiot dzieła, które obecnie mamy zamiar krytycznie rozpatrzyć.

Dzieło Biernackiego „Zasady poznania lekarskiego" jest trzecią z rzędu pracą tego autora, poświęconą zagadnieniom ogólnym i krytycznym w zakresie medycyny. Pierwszą była praca, wydana przed czterema laty w „Bibliotece dzieł wyborowych" p. t. „Istota i granice wiedzy lekarskiej". Dzieło to w szerokich kołach lekarskich nie wywarło dodatniego wrażenia. Autor w zapale polemicznym zanadto podkreślał i wysuwał myśli, które za słuszne można było uważać tylko przy odpowiedniem ich oświetleniu. Wzięte zaś bezwzględnie, w oderwaniu od całego toku rozumowania, przedstawiały rzecz fałszywie, co tembardziej za błąd uważać należało, że praca Biernackiego była przeznaczona nie dla specyalistów, lecz dla szerszego koła czytelników.

Druga praca tegoż autora, która wyszła nakładem „Przeglądu filozoficznego" p. t. „Chalubiński i obecne zadanie lekarskie", zawierała rozbiór poglądów naukowych Chałubińskiego, oraz nawiązane do nich osobiste poglądy autora na zadania medycyny. O dziele tem niewątpliwie dużej wartości zdawałem swego czasu sprawę w „Medycynie".

Obecna praca, którą autor uważa za konsekwentne dopełnienie poprzednich swych dzieł, jak sam tytuł wskazuje, ma być teoryą poznania, zastosowaną do medycyny. Że taki rozbiór zasadniczych zagadnień poznania w zastosowaniu do biologii i związanego z tą nauką wykonawstwa lekarskiego był koniecznie potrzebny, o tem chyba nie może być dwóch zdań. Biologia, jako najmłodsza prawie nauka przyrodnicza, nie dosięgła tego stopnia rozwoju, co fizyka i chemia. Mając za przedmiot zjawiska niezmiernie złożone

i trudne do rozwikłania, biologia nie mogła w poznaniu dojść do wyników bezwzględnie pewnych. To też poznanie biologiczne pod wieloma względami różni się od poznania fizycznego lub chemicznego i zajmuje niejako pośrednie miejsce pomiędzy poznaniem w zwykłem, potocznem tego słowa znaczeniu, a poznaniem naukowem. Te różnice w zasadach i wynikach poznania mają niewątpliwie wielkie znaczenie w praktyce lekarskiej, w ustanawianiu naszych wniosków prognostycznych i terapeutycznych. Ztąd też wykazanie i uświadomienie tych różnic stanowi rzecz pierwszorzędnej wagi. W jakich rozmiarach istnieje w biologii pewność, a w jakich prawdopodobieństwo, jak się przedstawia fakt, hipoteza i prawo przyrodnicze w tej nauce, jaka jest różnica w pojęciu przyczyny i jakie z tego wynikają następstwa, czy celowe pojmowanie zjawisk życia jest uzasadnione i wiele innych tym podobnych zagadnień budzić powinny słusznie zainteresowanie całego ogółu lekarskiego.

Dzieło Biernackiego nie wyczerpuje wszystkich tych zagadnień. Autor z całego ich szeregu poruszył tylko dwie sprawy: stosunek teoryi do praktyki, nauki do wykonawstwa (rozdział I-szy i rozdział II-gi), oraz pojęcie przyczynowości (rozdziały IIIci, IV-ty i poczęści V-ty).

Pierwszą sprawę autor dość obszernie rozbiera, zastanawia się kolejno nad określeniem rzemiosła, sztuki i nauki, wykazuje wzajemny ich stosunek, genezę nauki czystej i jej wpływ na postępy utylitarne, powstawanie t. zw. nauk stosowanych, do których zalicza medycynę. Autor zaznacza, że wszędzie nauka czysta wywarła wielki i ożywczy wpływ na rzemiosła i sztuki, w jednej tylko medycynie wyraził się obok niezaprzeczonych dodatnich następstw pewien bardzo wyraźny wpływ ujemny. Ten wpływ ujemny zaznaczył się przez zły kierunek myślenia, jaki nauka czysta nadaje, a właściwie „nakazuje“ lekarzowi praktycznemu. Patologia, jako nauka czysta, wyodrębniła cały szereg gatunków chorobowych i „nakazuje“ wyszukiwać te gatunki u chorych w praktyce lekarskiej. Ów gatunek chorobowy, stanowiący tylko abstrakcyę, twór pojęciowy umysłu, staje się wobec tego punktem oparcia w działaniu praktycznem lekarza. I z tego wynikają najgorsze następstwa. Lekarz wyszukuje zapomocą rozmaitych sposobów dyagnostycznych nie rzeczywistość, lecz abstrakcyę, nazwę choroby. Ta abstrakcya stanowić ma punkt oparcia dla leczenia. Tymczasem w praktyce okazuje się to niemożliwe, lub prowadzące bezpośrednio do błędnych wniosków i błędnego działania. Tutaj właśnie, jak twierdzi autor, wyraża się wybitnie „dywergencya“ pomiędzy teoryą i praktyką. Lekarz, chcąc działać, chcąc leczyć, musi „wyzwolić bieg swych myśli z tej błędnej kolei, na jaką je kieruje cała architektura spółczesnej naukowej medycyny“. Słowem występuje tu poniekąd „bankructwo czystej nauki“ w zastosowaniu do zadań medycyny praktycznej.

Dla praktyki lekarskiej o wiele ważniejszem jest poznanie nie gatunku chorobowego, lecz przyczyny spostrzeganych u chorego niecelowych przejawów życia (objawów choroby). Całe więc rozpoznawanie lekarskie powinno postępować drogą wyszukiwania łańcucha związku przyczynowego od spostrzeganych objawów aż do najwyższych przyczyn, szkodliwości, jakie nam spółczesna nauka wskazuje. Rozpoznawszy taką najwyższą przyczynę, lub szereg najwyższych przyczyn, mamy już w nich wyraźny punkt oparcia dla naszych zabiegów leczniczych, mamy już dane wskazania lekarskie. Dzisiejsza więc dyagnostyka lekarska z jej rodzajami i gatunkami chorób jest nietylko dla praktyki lekarskiej bez wartości, lecz nawet poniekąd szkodliwą, gdyż odwodzi umysł od jedynie racyonalnej i ważnej dla lecznictwa drogi rozpoznawania przyczynowego.

Tak się przedstawia w krótkości treść dwóch pierwszych rozdziałów. Nie można zaprzeczyć, że rozumowanie autora jest oparte na przesłankach poważnych, że czytelnik musi mu przyznać w pewnym względzie racyę, ale zarazem rzuca się w oczy pewna przesada, nie uwzględniająca innych okoliczności, rozważająca sprawę całą z jednego tylko stanowiska. Zadanie lekarza nie polega tylko na leczeniu, choć to ostatnie jest najważniejsze; chory i otoczenie jego wymaga od lekarza zdania co do zejścia choroby, środków zapobiegawczych przeciwko szerzeniu się danej choroby itp. Sam autor przyznaje, że ani rokowanie, ani profilaktyka nie są możliwe bez dyagnozy gatunku chorobowego, bez tych wiadomości, jakie nam daje nauka czysta o chorobach. Ale nietylko ten jeden wzgląd przemawia za wartością rozpoznawania gatunku choroby, często przypuszczalne rozpoznanie gatunku przy badaniu otwiera nam dopiero oczy na cały szereg objawów, które bez tego przypuszczenia mogłyby pozostać ukryte i nierozpoznane, jeżeli sam chory nie zwraca na nie uwagi. Co więcej powiem, że samo „rozpoznawanie przyczyn“, jak je autor nazywa, bardzo często pominąć może wiele ważnych szkodliwości, jeżeli istnieją t. zw. w patologii powikłania. Postępując przy badaniu w tym razi drogą analizy przyczynowej, wytłomaczyć możemy spostrzegane zjawiska, nie przypuszczając nawet spółistnienia innych zmian i zjawisk, ukrytych w ustroju, które jednak mogą poważnie wpływać na nasze zabiegi lecznicze.

Słowem w całym toku rozumowania autora jest pewna przesada. Autor chciał wykazać fakt, notowany już zresztą dobitnie przez Chałubińskiego, że rozpoznanie gatunku nie wyczerpuje jeszcze całego myślenia przygotowawczego, że przed leczeniem należy jeszcze drogą szczegółowej analizy połączyć w łańcuch przyczynowy spostrzegane zjawiska i dopiero na zasadzie takiej analizy wyprowadzić wskazania lekarskie. Chałubiński bynajmniej nie potępia dyagnozy gatunku, wymaga tylko, aby ona była dopełnioną przez t. zw. „rozbiór momentów“. Biernacki w tym względzie idzie dalej i z punktu widzenia praktyki lekarskiej nie waha się potępić spółczesnej patologii z jej gatunkami i rodzajami, a nawet głosić bankructwo nauki. W tem przesadnem niejako traktowaniu sprawy zawinił głównie nastrój dzieła krytyczny i reformatorski. Każdy reformator zanadto akcentuje swoje myśli, podkreśla je niejednokrotnie, wysuwa na pierwszy plan, co nie wpływa dodatnio na bezstronne pojmowanie przedmiotu.

Zagadnienie o przyczynowości autor bardzo obszernie rozbiera. Wyborny, mojem zdaniem, jest historyczny przegląd kształtowania się pojęcia w nowej medycynie. Autor kolejno rozbiera poglądy Browna i Broussaisgo na przyczyny chorób, jako na bodźce, które stosownie do swego natężenia, do swej ilości wywołują rozmaite przejawy chorobowe. Następnie autor przechodzi do pojęcia specyficzności przyczyn chorobowych, ustanowionej przez Trousseaux, który wbrew temu, co poprzedni autorowie dowodzili, twierdził, że każda choroba musi mieć swoją specyficzną, jakościowo różną przyczynę. Pogląd ten znalazł swe potwierdzenie w bakteryologii, która ustanowiła dla każdej z chorób zakaźnych jakościowo różne przyczyny w postaci rozmaitych gatunków drobnoustrojów. Z dalszym postępem bakteryologii zamiast morfologicznych pierwiastków przyczynowych wprowadzono pojęcie chemicznej przyczyny (toksyn). Ta ostatnia zmiana pojęcia spowodowała, że obecnie w przyczynach chorób nie upatrujemy tylko czynników zewnętrznych, ale przez analogię przypuszczamy, że mogą istnieć podobne, chemiczne czynniki wewnętrzne, jako przyczyny chorób. Czynnikami tymi mogą być pewne zaburzenia przemiany materyi, zachodzące wewnątrz ustroju, przyczem wytwarzają się nieprawidłowe substancye chemiczne, które odgrywają taką samą rolę przyczyn chorobowych, jak i toksyny bakteryjne, lub trucizny.

Jedną tylko mógłbym tu uczynić uwagę, że autor nie uwzględnił najnowszej fazy w rozwoju pojęcia przyczyny chorób. Najnowsze badania nad toksynami tężca i błonicy zdają się dowodzić, że specyficzność tych trucizn polega na ich powinowactwie chemicznem do pewnych tkanek, a nawet do pewnych części zróżnicowanej protoplazmy komórek, i że zmiany te w tkankach znajdują się w prostym sto-

sunku do ilości trucizny. A zatem badania te zdają się przemawiać, że przyczyny chorób należy pojmować nietylko w znaczeniu jakościowem, lecz i ilościowem.

Po tych historycznych uwagach autor przechodzi do rozbioru spólczesnego pojęcia przyczyny w medycynie i wykazuje słusznie wielkie różnice pomiędzy pojęciem przyczyny w medycynie i tem samem pojęciem w innych naukach przyrodniczych. W medycynie dadzą się wyróżnić trzy rozmaitego rodzaju pojęcia przyczyny: 1) przyczyny chorób, jako całokształtu zjawisk (autor przyczyny te nazywa racyonalnemi); 2) przyczyny pojedynczych zjawisk w chorobie (podług autora t. zw. przyczyny empiryczne) i 3) t. zw. warunki usposabiające i spółdziałające. Autor całym szeregiem przykładów doskonale wyjaśnia różnice, jakie pomiędzy temi pojęciami zachodzą. Pozostawił jednak nierozstrzygniętem pytanie, dlaczego medycyna utrzymuje do dziś te różne pojęcia o przyczynach.

Dzieje się to wskutek tego, że medycyna, jak wogóle cała biologia, stoi dziś na znacznie niższym poziomie, aniżeli fizyka lub chemia. Mając do czynienia z niezmiernie złożonemi zjawiskami, nie jest ona w stanie dotychczas rozłożyć je na proste czynniki. Gdy z czasem uda się taka analiza, wtedy wszystkie te różne pojęcia przyczyny upadną i pozostanie jedno wspólne dla wszystkich nauk przyrodniczych pojęcie przyczyny, polegające na stałem następstwie i na stałym ilościowym stosunku zjawisk. Słowem obecne pojęcie przyczynowości w medycynie ma znaczenie przejściowe tylko.

Autor nie zaznaczył wybitnie tej okoliczności, może zaś mało sięgnął do ogólnych podstaw teoryi poznania i tym sposobem nie mógł dostatecznie wytłómaczyć takich sprzeczności, jak istnienia przyczyny bez skutku, istnienia różnych skutków wobec jednakowej przyczyny, lub różnych przyczyn wobec jednakowego skutku. Okoliczność ta tłomaczy również dobrze częstą zawodność metod doświadczalnych Milla w badaniu zjawisk biologicznych i zawodność zasady „post hoc ergo propter hoc", która jest źródłem niezliczonych błędów i sofizmatów w naszej nauce.

Nie mogę tu kolejno rozbierać wszystkich poglądów, zawartych w dziele Biernackiego; trzeba napisać drugie takie dzieło, aby przedmiot wyczerpać. Sądzę, że powyższe uwagi dostatecznie wykazują zalety i braki tej pracy. Do zalet należą: sam wybór tematu niezmiernie ciekawego i żywotnego, szerokie uwzględnienie potrzeb i punktu widzenia medycyny praktycznej i żywy, poparty licznymi przykładami sposób dowodzenia. Do braków zaliczyć muszę: pewną przesadę w wynikach rozumowania, zależną od nastroju krytyczno-reformatorskiego całej pracy, małe uwzględnienie zasad ogólnej teoryi poznania i za mało przejrzysty układ dzieła. Jest to rzecz godna uwagi, że prace Biernackiego, pomimo całej żywości i popularności wykładu, czytają się trudno. Nawet dla człowieka obeznanego z przedmiotem wykładu jednorazowe przeczytanie nawet uważne dzieła nie wystarcza dla zrozumienia myśli autora. Trzeba po kilka razy czytać całe rozdziały, aby pojąć, o co autorowi właściwie chodzi. Przyczyną tego jest wadliwy układ pracy; autor przeskakuje z tematu na temat, wraca kilkakrotnie do jednej i tej samej myśli, to znów ją porzuca, aby poruszyć inną sprawę. Jestto wada kompozycyi, autor przystępuje widocznie do pisania bez naprzód ułożonego planu i to stanowi wadę jego prac. Za brak również uważać muszę, jeżeli praca Biernackiego ma być całokształtem teoryi poznania lekarskiego, opuszczenie wielu ważnych zagadnień, jak np. zagadnienia celowości w zjawiskach życia i choroby i t. p.

Pomimo jednak tych braków dzieło Biernackiego w zupełności zasługuje na uważne odczytanie, zawiera ono dużo nowych, krytycznych myśli i otwiera przed czytelnikiem lekarzem nowy horyzont z zagadnieniami, których istnienia ten ostatni nieraz nie podejrzywał. Nakoniec z tego względu zasługuje ono jeszcze na uwagę, że stanowi wyraz oryginalnej swojskiej myśli, może nawet zawiązek przyszłej szkoły.

Tutaj może będzie na miejscu pytanie: czy nowy w naszej literaturze kierunek krytyczno-filozoficzny ma przyszłość przed sobą, czy pchnie on naszą naukę na nowe tory, czy też pozostanie bez żadnego wpływu na dalsze jej losy? Niewątpliwie prąd ten ma wśród lekarzy coraz więcej zwolenników, imponuje nawet ilością prac w naszej dość ubogiej literaturze, ale ma jedną zasadniczą wadę, trzyma się tylko samej krytyki i nie tworzy nic pozytywnego. Taka krytyka może rozświetlić stanowisko, wykryć szczerby i braki, ale w gruncie rzeczy jest dopiero podstawą dla dalszej pracy. A tej właśnie twórczej pracy, wypełniającej spostrzeżone znaki i szczerby, nie widać. Nikt mnie nie posądzi o brak sympatyi dla tego kierunku, sam bowiem przyłożyłem rękę do jego rozwoju; twierdzę jednak stanowczo, że jeżeli kierunek ten ma poprzestać na samej tylko krytyce, to wielkiej korzyści nie przyniesie. *Władysław Biegański.*

VII. Wyciągi.

S. Jankelevitsch (z Bourges). **Gruźlica ukryta migdałów i wybujałości gruczolakowych.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 1). Od czasu poglądów Virchowa, który jeszcze w r. 1863 przypisywał migdałkom wyjątkowo znaczną odporność przeciw gruźlicy, zapatrywania nauki na tę sprawę przebyły ciekawe przeobrażenie. Twierdzenie Virchowa wkrótce okazało się błędnem: przez długi czas jednak badania dotyczyły zwykłych postaci gruźlicy miejscowej, podobnej do tej, jaką spotykamy na błonach śluzowych i dającej się już makroskopowo rozpoznać. Na gruźlicę migdałków utajoną zwrócono uwagę dopiero od niedawna; ponieważ sprawa ta ściśle wiąże się z kwestyą przerostu migdałków, zatem kilka słów o tym przedmiocie.

Pierwotnie uważano przerost migdałków za zwykłą sprawę zapalną, nie przedstawiającą żadnego interesu; od czasu wykazania przez Meyera (1893) związku pomiędzy tym zwykłym przerostem a t. zw. wybujałościami gruczolakowemi, t. j. przerostem migdałka połykowego (inaczej zw. migdałkiem trzecim lub Luschki), sprawą tą poczęto się bardziej zajmować. Wykazano mianowicie, że połyk objęty jest nieprzerwanym pierścieniem o utkaniu limfatycznem a oba migdałki, jakoteż migdałek połykowy, stanowią tylko wybitniejsze punkty tego pierścienia. Co do znaczenia przerostu, jakoteż wybujałości panowała jeszcze ciągle niejasność pojęć. Z początku, jak wspomniano wyżej, nie przypisywano im znaczenia; później łączono to zjawisko z ogólnem usposobieniem zołzowem; wreszcie próbowano zastąpić to pojęcie niejasnem określeniem „limfatyzmu". Przewrót naukowy, który rozliczne objawy t. zw. zołzowe (n. p. zmiany w gruczołach chłonnych) począł uważać wprost za ukrytą gruźlicę, nasunął pytanie, czy przerostu tkanki limfatycznej połyku również do sprawy gruźliczej odnosić nie należy. Rozliczne badania, przeprowadzone w tym kierunku, wprawdzie ostatecznie kwestyi nie rozstrzygnęły, jednakowoż dostarczyły materyału do wielu ciekawych wniosków.

Pierwsze badania odbyły się na drodze anatomii patologicznej i wykazały, że migdały osób zmarłych na gruźlicę płuc okazują prawie bez wyjątku zmiany gruźlicze, jednak tylko przy badaniu mikroskopowem, gdyż makroskopowo mogą przedstawiać się zupełnie prawidłowo. Schlesinger (1896) formułuje te spostrzeżenia w twierdzeniu następującem: gruźlicy płuc towarzyszy prawie zawsze gruźlica migdałków, jak odwrotnie niema gruźlicy migdałków bez gruźlicy płuc. Ten sam wynik badań osiągnięto co do wybujałości gruczolakowych. Jak widzimy, zaprzeczano zatem możliwości samoistnej, utajonej gruźlicy migdałków. W roku 1895 jednakowoż Dieulafoy, zaszczepiwszy 65 świnkom morskim cząsteczki migdałków, a 35 świnkom cząsteczki wybujałości gruczolakowych osób zupełnie zdrowych, otrzymał w pierwszej seryi 8 przypadków (13%), a w drugiej 7 przypadków (20%) ogólnej gruźlicy. Na tej podstawie Dieulafoy twierdził, że 1) istnieje gruźlica utajona, pierwotna migdałów i wybujałości gruczolakowych, i 2) że objawia się makroskopowo w postaci zwykłego przerostu. Przeciwko tym doświadczeniom posypały się liczne zarzuty, zdaniem autora jednak niedostateczne. Jedne z nich stały na gruncie histologicznym i zarzucały tym doświadczeniom brak kontroli mikroskopowej; tu jednak przeprowadzenie dowodu negatywnego natrafia na ogromne trudności, wymaga niezliczonej ilości przekrojów, a i to jeszcze nie wyklucza możliwości przeoczę-

nia. Strauss przeciwstawiał badaniom Dieulafoya swoje doświadczenia, w których wykazuje, iż znalazł prątki gruźlicze w przewodach nosowych osób zupełnie zdrowych. Pomijając to, że do badań tych użył Strauss słuchaczy medycyny i posługaczy klinicznych, a zatem osobników, przebywających ciągle w środowisku z natury rzeczy przepełnionem prątkami gruźliczymi, to doświadczeniom jego oprócz tego brak ścisłości, a mianowicie odróżnienia przedsionka nosowego, w którym znajduje się pełno najrozmaitszych drobnoustrojów, od właściwej błony śluzowej przewodu nosowego, gdzie są one już o wiele rzadsze.

Jakiż tedy związek zachodzi pomiędzy gruźlicą migdałków a ich przerostem? Dieulafoy widzi prosty związek przyczyny do skutku i twierdzi, że jeżeli możliwy jest migdałek przerosły bez gruźlicy, to natomiast każdy migdałek gruźliczy jest przerosły. Autor nie godzi się na to twierdzenie. Wyżej wspomniane badania Schlesingera wykazały przeciwnie w większości przypadków migdałki „małe, blade, twarde i golem okiem widziane zupełnie prawidłowe". Zkąd ta różnica poglądów? Dieulafoy czynił swoje badania na migdałkach wyciętych osobom żywym, a zatem naturalnie miał do czynienia tylko z migdałkami przerosłymi. Trautman posunął się jeszcze dalej, niż Dieulafoy, twierdząc wprost, iż każdy przerost jest natury gruźliczej i opierał się na pochodzeniu dzieci z przerosłymi migdałkami z rodziców gruźliczych, jakoteż na pojawianiu się tego objawu równocześnie u całego rodzeństwa. Opierał się również na twierdzeniu Kocha, iż po wstrzyknięciu tuberkuliny osobnik taki oddziaływa podwyższeniem ciepłoty i silnym obrzękiem tkanek. Przy dalszych wstrzyknięciach oddziaływanie to jest coraz słabsze, aż przerost w końcu znika. W tym kierunku brak niestety doświadczeń na szerszą skalę; oddziaływanie jednak ogólne mogło pochodzić od jakiegoś ukrytego w ustroju ogniska, a odczyn miejscowy mógł być prostym wynikiem gorączki.

Wróćmy do naszego punktu wyjścia i postawmy pytanie, czy istnieje rzeczywiście p i e r w o t n a utajona gruźlica migdałów i jaka jest jej istotna częstość? Tutaj również zachodzi znaczna różnica między badaniami Dieulafoy, dokonanemi na migdałkach osób żywych, a badaniami, przeprowadzonemi na zwłokach. Jak wyżej wspomniano, Dieulafoy znalazł 13% gruźlicy rzekomo pierwotnej migdałków, a 20% wybujałości gruczolakowych, podczas gdy badania Krückmana na zwłokach bez śladu gruźlicy wykazały zaledwo 3% przypadków, a Schlesingera ani jednego! Przyczyna jest bardzo prosta: Dieulafoy uważał za wolne od gruźlicy te osobniki, które przy klinicznem badaniu żadnych zmian gruźliczych nie okazywały, a nie brał w rachubę możliwości ognisk gruźliczych, które, będąc gdzieś ukryte, nie dawały żadnych objawów. Przypadki podane przez nielicznych zresztą autorów, w których po usunięciu migdałków, lub wybujałości gruczolakowych wybuchła gruźlica płuc lub ogólna, również tylko potwierdzają to przypuszczenie. Tę poprawkę zatem musimy wprowadzić koniecznie przy ocenianiu badań Dieulafoy i możemy orzec, iż o ile gruźlica drugorzędna migdałów nie jest zjawiskiem rzadkiem, o wiele rzadszą jest gruźlica migdałów pierwotna.

Jakiemi drogami przychodzi do zakażenia przy gruźlicy migdałków drugorzędnej? Są trzy możliwości; być może, że każda dla pewnej liczby prawdziwa. Pierwsza, to zakażenie przez plwociny, tłómaczenie łatwe i nęcące. Zarzuty: brak zetknięcia z plwocinami migdałka trzeciego, chyba w razie bardzo znacznego przerostu i częstość sprawy gruźliczej migdałków właśnie u małych dzieci, które, jak wiadomo, nie odpluwają. Druga droga, to droga wstępująca: gruźlica przenosi się z gruczołów oskrzelowych na karkowe, a z tych na migdałki. Trzecia droga krwi, napewno jeszcze nie wykazana. Co się tyczy gruźlicy migdałków pierwotnej to, jak wogóle kwestya jej istnienia, tak i droga zakażenia jest dość ciemna. Drogą oddechania zakażenie jest bardzo wątpliwe, drogą odżywienia prawdopodobne wtedy, gdy chodzi o małe dzieci, karmione mlekiem kobiety gruźliczej; w niektórych wreszcie przypadkach przyjmujemy, — na razie przynajmniej, — bezpośrednią dziedziczność.

Na zakończenie słów kilka o rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu ukrytej gruźlicy migdałów. Rozpoznanie bardzo trudne, niekiedy możliwe dopiero przez badanie usuniętych migdałów; jeżeli wynik dodatni, to w takim razie fakt znalezienia ogniska gruźliczego u osobnika, u którego zresztą gruźlicy nie można było przypuszczać, da nam ważne wskazania zapobiegawcze. Rokowanie względnie bardzo pomyślne; ukryta gruźlica migdałów nigdy nie daje powodu do owrzodzeń gruźliczych, jak również niema w piśmiennictwie ani jednego przypadku, gdzieby niewątpliwie było stwierdzone zakażenie drugorzędne płuc, mające za punkt wyjścia gruźlicę migdałów. Leczenie czysto chirurgiczne, zależne od miejscowych wskazań.

Dr. T. Żeleński.

D ü h r s e n. **Kolpoceliotomia przednioboczna, jako nowa pochwowa droga operacyjna w jamie brzusznej.** (*Berl. kl. Wochs.* 1901, Nr. 44). Przytoczywszy historyę kilku swoim sposobem operowanych chorych, opisuje autor sam sposób, polegający na okrojeniu części pochwowej od przodu i boku. Przeciąwszy sklepienia, podwiązuje tkankę okołomaciczną i w ten sposób oddziela od trzonu macicy, w miarę potrzeby przecina w części lub w całości więzadło szerokie, wskutek czego macica staje się bardzo ruchoma i daje się z łatwością wyciągnąć przed szparę sromową, trzymając się tylko na więzadle szerokiem strony drugiej. Operując w ten sposób, łatwo dojść do guzów usadowionych za macicą, lub z jej boku, łatwe jest ich wydobycie, zatamowanie krwotoków i utworzenie odpowiedniego odpływu. Po skończonej operacyi macica, przyszyta do przeciętego więzadła, ma się zupełnie dobrze wgajać, nie zmieniając położenia: odżywienie przez naczynia strony drugiej ma zupełnie wystarczać do prawidłowej czynności macicy. Sposób ten poleca autor szczególnie przy silnych zrostach okołomacicznych, w ostrych sprawach zapalnych w przydatkach, w zapaleniu w miednicy małej, przy krwotokach na tylnej ścianie macicy i wreszcie przy pęknięciu ściany macicy.

P.

T h o r n. **Praktyczne znaczenie zaniku macicy w czasie karmienia.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 47). Zanik macicy jest największy w 4-tym miesiącu połogu, to jest wtedy, kiedy jest najsilniejsza wytwórczość mleka. Zanik ten zajmuje głównie trzon macicy, może się jednak przenosić i na jajniki. Zastąpienie podczas karmienia przy braku miesiączki jest dowodem wielkiej zdolności rozrodczej jajników. W $^{2}/_{3}$ wszystkich przypadków zanik macicy podczas karmienia jest przeszkodą do zapłodnienia.

U kobiet nawet zdrowych, dobrze rozwiniętych powinien nastąpić podczas karmienia chwilowy zanik samego trzonu macicy. Zanik ten ustępuje albo pod koniec karmienia, albo w 4—6 tygodni po odstawieniu.

Zanik ten czysto fizyologiczny przy nadmiernem przedłużaniu czasu karmienia, albo jeżeli w tym czasie pojawią się choroby ogólne, może sprowadzić zanik patologiczny samej macicy, albo i jajników.

Dlatego karmienie nie powinno trwać dłużej, niż jeden rok, a u osób słabiej zbudowanych 8 miesięcy; podczas karmienia kobiety powinny być forsownie odżywiane.

Powstałe podczas tego zaniku macicy nachylenia i zgięcia ustępują bez leczenia po odstawieniu; w przypadkach tych, gdzie mimo odstawienia zmiany te się utrzymują, można założyć krążek, ale dopiero po pierwszej miesiączce. Jeżeli zanik nie obejmował i jajników, odrodzenie macicy bez żadnego leczenia następuje w sześć tygodni po odstawieniu, w wyjątkowych tylko przypadkach trwa dłużej, i wtenczas należy zastosować leczenie miejscowe. Rozpoznanie zaniku macicy powinno polegać na badaniu oburęcznem; badanie zgłębnikiem jest niebezpieczne, bo z powodu ścieńczonych ścian łatwo nastąpić może przebicie.

P.

C u r s c h m a n n (Lipsk). **W sprawie rozpoznawczej oceny procesów zapalnych, wychodzących z kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 48 i 49, 1901). Z uwagi, że w przypadkach zapaleń kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego nie można jeszcze dotychczas ściśle oznaczyć chwili do ewentualnego zabiegu operacyjnego, powziął autor myśl badania krwi, względnie zachowania się ciałek białych w odnośnych przypadkach, aby tą drogą dojść do jakichś konkretnych wyników. Otrzymane wyniki, które zresztą bardzo ponętnie się przedstawiają, dadzą się w następujący sposób sformułować:

1) W przeważającej liczbie przypadków można, — na zasadzie liczenia białych ciałek krwi, — na pewno odróżnić przypadki zapaleń wyrostka robaczkowego z prostym, t. zw. włóknikowym wysiękiem, od tych, które skłaniają się do ropienia. Ta zasada ma także i tam znaczenie, gdzie inne objawy (kształt, zbitość, chełbotanie, ciepłota ciała, nakłócie próbne) nie dadzą się zużytkować. 2) Przypadki, nie przechodzące w ropienie, odznaczają się tem, że albo przebiegają zupełnie bez powiększenia liczby białych ciałek krwi, — tu należą prawie wyłącznie lżejsze przypadki, — lub też okazują wprawdzie w początkach choroby nieznaczne wzniesienie się liczby białych ciałek, która atoli w dalszym przebiegu, albo stopniowo, albo wśród kilku lekkich wzniesień dochodzi po 2—3 dniach do stanu prawidłowego. Wyższe bowiem wzniesienie się tej liczby, bez późniejszego wystąpienia ropienia, pojawia się tylko w początkach choroby i to przejściowo; wówczas, uwzględniając już indywidualne wahania, liczba białych ciałek rzadko przekracza 20—22.000 (przyjmując jako stan prawidłowy 8—10.000 w 1 mm.^{3}). 3) W razie, gdy liczba białych ciałek podnosi się już w pierwszych dniach, albo, co rzadziej się zdarza, w późniejszym nieco okresie choroby i utrzymuje się stale na jednej wysokości, wówczas można na pewno przyjąć ropienie, a wtedy zabieg chirurgiczny jest bezwarunkowo wskazany (wykluczywszy poprzednio inne sprawy chorobowe, mo-

gące sprowadzić leukocytozę, jak zapalenie płuc i t. p.). Jeśli liczba białych ciałek krwi dochodzi do 25.000 lub wyżej, wówczas przypadek jest conajmniej podejrzany; — jeśli się dłużej na tej wysokości utrzymuje, rozpoznanie „ropienie" jest pewne, dłuższe czekanie niema celu. 4) Natychmiast po nacięciu ropnia (jeśli ropa zupełnie odeszła), opada liczba białych ciałek do normy; — nie wystąpienie tego objawu oznajmia, że ropa nie odpłynęła w zupełności, lub że istnieją jeszcze inne ropnie. Tak samo zachowują się białe ciałka krwi w przypadkach przebicia ropnia do pęcherza lub do innych jam podbrzusza: nagłe opadanie liczby białych ciałek przy zupełnem odejściu ropy, a nieznaczne zmniejszenie się liczby, lub ponowne jej wzniesienie, przy niedostatecznym odpływie. 5) Dla rozpoznania odnośnego ropienia jest oznaczenie białych ciałek krwi ważniejszem, aniżeli śledzenie za ciepłotą ciała, przebiegiem choroby, lub za kształtem ewentualnego obrzęku. *Dr. Henryk Pisek.*

Fraenkel. **Zanik macicy w czasie karmienia.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 52). Autor przytacza podane przez Fromla objawy zaniku macicy, jak brak miesiączki, bóle w krzyżach, przedwczesne objawy starości, przyczem występuje przeciw zapatrywaniom Thorna. Macica u osób nawet niekarmiących w 3-cim i 4-tym miesiącu po porodzie jest najmniejsza, mniejsza od prawidłowej, i później dopiero wraca do stanu prawidłowego. Jest to skutkiem szybszej degeneracyi mięśni, przerosłych podczas ciąży, a obecnie niepotrzebnych, zanim mogą się wytworzyć nowe. Degeneracya ta u osób wyniszczonych i karmiących występuje wybitniej, aniżeli u zdrowych, lub niekarmiących. F. przyznaje istnienie zaniku macicy fizyologicznego, twierdzi jednak przeciwnie jak Thorn, że stan ten dosyć często bez żadnych powikłań tylko skutkiem długiego karmienia może przejść w stan patologiczny, który mimo odstawienia i leczenia usunąć się nie daje. Zanik macicy fizyologiczny ustępuje nie dopiero po odstawieniu, ale jeszcze podczas karmienia. Wreszcie podnosi słuszny zarzut, że wybadanie jajników ulegających zanikowi nietylko dla lekarza praktycznego, ale nawet dla specyalisty jest trudne, a nieraz niemożliwe, a więc jako czynnik rozpoznawczy zaniku patologicznego nie może być uwzględniane. *P.*

Dr. R. Benesch. **Przyczynek do nauki o zatruciu nasionami dziędzierzawy.** (*Wiener med. Presse* 1901, Nr. 21). Autor opisuje dwa przypadki ciężkiego stopnia zatrucia nasionami dziędzierzawy (*Datura Stramonium*) u dzieci. Jeden przypadek dotyczył dziewczynki 3-letniej, która miała spożyć nasiona dziędzierzawy, wybrane z kilku owoców. W trzy godziny po spożyciu wystąpiły objawy zatrucia; w cztery godziny autor udzielił chorej pomocy lekarskiej, stosując lewatywę, po której odeszła znaczna bardzo ilość kału i prawie łyżka stołowa nasienia dziędzierzawy. Skutek był nadzwyczajny, dziecko uspokoiło się, zasnęło, a po 24 godzinach wróciło do zupełnego zdrowia. W drugim przypadku spożył 5-letni chłopiec trzy nasionka dziędzierzawy. W cztery godziny potem wystąpiło uczucie ogólnego osłabienia, a po dalszych dwóch godzinach objawy silnego zatrucia; w trzy godziny potem wymioty, a następnie sen niespokojny. W kilka godzin później pojawił się drugi napad zatrucia, i wtedy, a więc 24 godzin po spożyciu nasion, wezwano autora. Po podaniu lewatywy, a wewnątrz 2% roztworu wodorotlenku chloralu, nastąpił spokojny sen, po którym chłopiec się zbudził, czując się zdrowym. Autor zwraca uwagę na nierównomierne działanie nasion; gdy w pierwszym przypadku spożycie znacznej bardzo ilości nasion wywołało wprawdzie silne zatrucie, lecz bez zejścia śmiertelnego, to w drugim spożycie trzech ziarnek, dawki zatem tak małej w porównaniu do poprzedniej, wywołało objawy niemal tak silne, jak w pierwszym przypadku, nie stojące w żadnym związku z wielkością dawki. *Dr. Ig. L.*

Dr. Teodor Dunin. **Zasady leczenia neurastenii i histeryi.** (*Odczyty kliniczne* Nr. 152 i 153). Neurastenia daje dwa szeregi objawów: somatycznych i psychicznych. Pierwsze, wspólne dla wielu cierpień organicznych, obrazu charakterystycznego neurastenii nie tworzą. Do takich objawów należą: bóle głowy, osłabienie, wyczerpywanie się przy pracy, bicie i niepokój serca, brak łaknienia i stolca, wzdęcie i t. d. Drugi szereg dotyczy psychiki neurastenika i jest wysoce charakterystyczny: skłonność do ciągłej samoanalizy, usposobienie do najrozmaitszych obaw i brak woli. Gdy przeważają objawy somatyczne, wystarcza odpoczynek, zaprzestanie nadużyć, usunięcie zgubnej atmosfery kłopotów i trosk. Gdy zaś przeważają objawy psychiczne, to neurastenia stoi już u progu psychóz i wymaga leczenia bardziej złożonego. Najważniejszem jest odwrócenie uwagi chorego od choroby, zmuszenie go do zaprzestania samoanalizy i wpojenie silnego przekonania o braku wszelkiej choroby. By nadać myślom chorego inny kierunek, należy zachęcać go do pracy fizycznej lub umysłowej, do sportów, filantropii, sztuk pięknych. Prócz tego zalecić można odosobnienie, zastosować hipnotyzm, hidroterapię, kąpiele morskie, słoneczne i t. d., a z przetworów farmaceutycznych — brom i arsen. Chorych, tyranizujących swe otoczenie, lub nie poddających się powyższym środkom, należy oddawać do sanatoryów specyalnych. Najlepsza profilaktyka, — to rozsądne, higieniczne i hartujące wychowanie dzieci.

Objawy histeryi są dwojakie: 1) powstałe wskutek wyobrażeń (ideogen), jak np. napady, porażenia, skurcze, i 2) niezależne od wyobrażeń, t. zw. „stigmata". Wyobrażenia, powodujące objawy histeryczne, mają podstawę rzeczywistą i są nieświadome. Wyobrażeń tych może być kilka, lecz leżą one poza kresem świadomości i w ten sposób powstaje rozdwojenie osobowości, które autor uważa za nieodłączne od histeryi. Aby chorego uwolnić od objawów choroby, trzeba poznać i usunąć owe wyobrażenia nieświadome, do czego najłatwiej prowadzi hipnotyzm. W śnie hipnotycznym lekarz wpaja w chorego przekonanie, że wrażenie już minęło i więcej objawów wywołać nie może. Stosować też można poddawanie przy jednoczesnem wprawieniu chorego w stan przestrachu zapomocą rozpalonego żelaza, faradyzacyi, operacyj pozornych i t. d., albo też przy środkach łagodnych, jak mięsienie, gimnastyka itd. Wreszcie pewne znaczenie lecznicze może mieć odosobnienie. Co się tyczy t. zw. „stigmatów", to powstają one wskutek ograniczenia pola świadomości, ostatnie zaś jest koniecznem następstwem pochłonięcia części pojętności i uwagi przez życie w sferze wrażeń nieświadomych. Dlatego też po ustąpieniu rozdwojenia osobowości, „stigmata" znikają bez leczenia. Napad histeryczny najlepiej pozostawić bez leczenia, co najwyżej dać lewatywę z chloralu. *Z. Czaplicki.*

Schwidop. **Przyczynek do leczenia zupełnego zarośnięcia zewnętrznego przewodu usznego.** (*Archiv für Ohrenh.* 1901, Tom 53). Schwartze radzi we wszystkich przypadkach zwężenia lub zarośnięcia zewnętrznego przewodu usznego rozszerzyć przewód przez wydłótowanie kości w tylnej ścianie kostnego przewodu usznego, a nie ograniczać się do rozszerzenia lub wycięcia samej tylko blizny zwężającej, lub zamykającej przewód. Autor twierdzi, że już przed Schwartzem przyszedł do tego przekonania i w podobny sposób postąpił w jednym przypadku przed 4-ma laty. W przypadku tym sprawa toczyła się o dorosłego mężczyznę, u którego nastąpiło po urazie zamknięcie zupełne zewnętrznego przewodu usznego przez bliznę. Autor oddzielił przewód uszny, poprowadziwszy cięcie z tyłu po za muszlą. Następnie rozciął tylną ścianę przewodu usznego wzdłuż aż do muszli: drugie cięcie poprowadził tuż koło muszli pionowo do poprzedniego. Tym sposobem z tylnej ściany przewodu usznego otrzymał dwa płaty. Samą bliznę rozciął dwoma krzyżującemi się cięciami: grubość blizny wynosiła 6 mm. Następnie z tylnej ściany kostnego przewodu usznego oddłótował trochę kości i po włożeniu części miękkich na swoje miejsce wytamponował przewód uszny gazą. Przy operacyi znalazł w przewodzie usznym treść kaszakowatą, która powstała ze złuszczonego przyskórka i woskowiny, które nie mogły się wydalić na zewnątrz wskutek zarośnięcia otworu zewnętrznego. Po zupełnem wygojeniu przewód okazywał skłonność do zwężania się tak, że nie można było usunąć tamponu. Wtedy autor wspólnie z dentystą zrobili z kauczuku lejek, który ściśle przylegał do ścian przewodu usznego. Model na ten lejek wzięli w ten sposób, że wewnętrzną część przewodu usznego wypełnili watą, a do reszty przewodu nalali gipsu; tym sposobem otrzymali odlew przewodu usznego i części małżowiny. Chory nosił lejek ten $1^1/_2$ roku i zaprzestał noszenia dopiero wtedy, gdy przewód uszny nie okazywał więcej skłonności do zwężania się. Obecnie jest cztery lata po operacyi. Jedyne zniekształtnienie, jakie pozostało po urazie, jest cokolwiek niższe ustawienie małżowiny.

Dr. Teofil Zalewski.

Katz. **Przyczynek do nauki o zmianach w kości w przewlekłym suchym nieżycie ucha środkowego.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 55). K. badał kość skalistą człowieka, który umarł w zakładzie dla obłąkanych, a którego szczegółów anamnestycznych zresztą nie znał. Znalazł on na rozmaitych miejscach, przeważnie jednak w okolicy okienka owalnego, zgąbczenie z jednoczesnem bujaniem kości: zgąbczenie rozciągało się także wewnątrz błędnika od okienka owalnego aż do przewodu słuchowego wewnętrznego. Nad okienkiem owalnem była wybujałość kostna, która ograniczała ruchy strzemiączka, choć to ostatnie było prawidłowo złączone z przedsionkiem. K. znalazł prócz tego zgąbczenie młoteczka i kowadełka i przyległych ścian attyki, w której były ślady przewlekłego zapalenia. Staw między młoteczkiem a kowadełkiem był częściowo zesztywniały. Autor nie zna przeszłości człowieka, z którego zwłok pochodzą kości; zastanawia się jednak, czy zmiany, jakie znalazł w tym przypadku, nie mogą być przyczyną choroby znanej pod nazwą stwardnienia kości (otosklerozy). Że istotą tej choroby w wielu przypadkach są zmiany w kości, jest rzeczą znaną. K. przyłącza się do zdania tych autorów, którzy za przyczynę zmian w kości uważają przewlekłe zapalenie błony śluzowej jamy bęben-

kowej, przechodzące następnie na kość. Dla wyjaśnienia, dlaczego przecież nie we wszystkich przypadkach przewlekłego zapalenia błony śluzowej ucha środkowego przychodzi do zmian w kości, autor przyjmuje pewne usposobienie ustrojowe, które się dziedziczy.

T. Z.

Abesheim. **Przyczynek do bakteryologii płoniczego zapalenia ucha środkowego.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 53). Badań bakteryologicznych w tym przedmiocie mamy bardzo mało. Wszystkie dotychczasowe badania zgadzają się pod tym względem, że w wydzielinie znajdowano najczęściej paciorkowce i gronkowce. A. badał bakteryologicznie pięć przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego; jeden raz znalazł paciorkowca i jeden raz gronkowca białego bez żadnych domieszek, nadto znajdował się jeden raz paciorkowiec, a dwa razy gronkowiec biały w towarzystwie prątka, który w jednym przypadku udało mu się nawet wyhodować; prątek ten rozpuszcza żelatynę, bulion pod jego wpływem mętnieje, myszy nie zabija. *Dr. Teofil Zalewski.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 10 grudnia 1901.

Przewodniczący Radca dworu Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 12.

1. Prof. Dr. W. Jaworski zdaje sprawę z czynności podkomisyi, delegowanej do zbadania obecnego stanu fabryki wód gazowych K. Rzący i Chmurskiego i sposobu wyrabiania wód leczniczych. Podkomisya ta, w skład której wchodzi Prof. Dr. Jaworski, Prof. Dr. Olszewski (przez swego asystenta P. Matejkę). Doc. Dr. Ludomił Korczyński i Dr. Michał Śliwiński, stwierdziła w dniu 30 listopada 1901 r., że Zarząd fabryki, stosując się do wskazówek komisyi przemysłowo-lekarskiej, zaopatrzył się z wielkim kosztem i trudem w maszyny najnowszego systemu i że wyrabia wody lecznicze z uznania godną starannością i dokładnością. co stwierdza także rozbiór chemiczny tych wód, dokonany przez Prof Dr. Olszewskiego. To też komisya przemysłowo-lekarska po wysłuchaniu tego referatu uchwaliła wyrazić Zarządowi fabryki swoje zupełne zadowolenie i polecić i nadal wody sztuczne lecznicze PP. Rzący i Chmurskiego do użytku leczniczego, pozostawiając Zarządowi fabryki swobodę w ogłoszeniu tak tego polecenia, jakoteż opisu sprawozdania podkomisyi.

2. Członek komisyi P. Konstanty Wiszniewski przedkłada okazy tranu żelezistego i tranu jodowego, wyrabianego na tranie Majera ze świeżych młodych wątróbek. Cena tych przetworów jest bezsprzecznie niższą od cen podobnych przetworów Maggera. — Do ocenienia tych wyrobów uproszono WP. Doc. Dr. Lembergera.

3. Przewodniczący odczytał list Prezesa Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Prof. Dr. Becka, w którym donosi Prezesowi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego o zawiązaniu sie w łonie Tow lek. lwowskiego komisyi przemysłowo-lekarskiej na wzór takiej samej komisyi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. — W liście tym Prezes Tow. lek. lwowskiego »życzy sobie, aby obydwie komisye (lwowska i krakowska) szły ręka w rękę, aby się nawzajem wspierały i przez ciągłe zetknięcie się mogły spełniać swoje zadanie. Na jakich podstawach należałoby oprzeć wzajemny stosunek obu komisyi, to zdaniem prezesa Tow. lek. lwowskiego, — w razie zgody, kolegów krakowskich, — należy pozostawić inicyatywie obydwóch komisyi«. — Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lek. krakowskiego upoważniona przez Prezesa Tow. lek. krak. do bezpośredniego skomunikowania się z takąż komisyą Towarzystwa lekarzy lwowskich uchwaliła wobec tego na wniosek Przewodniczącego nawiązać z komisyą lwowską rokowania co do wzajemnego współdziałania.

4) Komisya, mając sobie odezwa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego z dnia 7 grudnia 1901 przydzielony referat wniosku Dr. St. Kwiatkowskiego w sprawie powstrzymania sprzedaży obcych wód mineralnych, przedłożony na posiedzeniu, Tow. lek.l krak w dniu 4. grudnia. poddała szczegóły we wniosku tym zawarte bardzo obszernej i wyczerpującej dyskusyi i upoważniła przewodniczącego, aby wypracował referat i przesłał Tow. lek. krak. do właściwego użytku.

5. Przyjęto z uznaniem do wiadomości, że zarząd zdrojowo-kąpielowy w Swoszowicach rozszerzył sezon kąpielowy w zdrojowisku tem także na porę zimową. *Dr. Michał Śliwiński*, sekretarz Komisyi.

IX. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

Ogólne uwagi o śmiertelności.

Jak z ustępów powyższych widzimy, największą liczbę ofiar zabierają u nas choroby zakaźne (wszystkie razem wzięte, jednak bez gruźlicy i zapaleń płuc), gdyż na choroby te zmarło razem osób 48,010, t. j. 7·26‰ ludności (w całem państwie zaś tylko 2·87‰ ludności), czyli 24·4% wszystkich zmarłych! A jeszcze rok ten był najlepszym od lat 20. Trzeba zaś wziąść na uwagę, że choroby te zabierają głównie dzieci, czyli część ludności, stanowiącą przyszłość społeczeństwa. Najwięcej dzieci ginie z błonicy i płonicy, — lecz i odra i krztusiec niestosunkowo dużo porywają ofiar. Prócz wielu innych przyczyn tego nieszczęścia na pierwszem miejscu trzeba postawić obojętność, jeśli nie zaniedbanie, ze strony naszego ludu, który bardzo mało troszczy się o swoje potomstwo, zwłaszcza im ono liczniejsze. To też śmiertelność dzieci jest największa w tych powiatach, gdzie najwięcej urodzin.

Ogromną jest także liczba zmarłych na gruźlicę (23,101) i na zapalenie płuc (23,038). Zwłaszcza liczba zmarłych na zapalenie płuc wydaje się, — jeśli ją porównamy ze statystyką częstości tej choroby n. p. w szpitalach, — stanowczo za wysoką. Przypuścić chyba należy, że wliczono tu niewłaściwie pewną część, którą do gruźlicy zaliczyć należało. Tem smutniej przedstawi się wowczas śmiertelność z gruźlicy, już i tak najwyższa w całej monarchii.

Niestosunkowo wielką jest wreszcie liczba zmarłych z powodu „innych przyczyn naturalnych" (?), bo aż 90,409, t. j. 45·9% wszystkich zmarłych. Świadczyłoby to za niezupełną dokładnością w prowadzeniu wykazów sanitarno-statystycznych, temwięcej że, — jak to stwierdza Sprawozdanie zeszłoroczne, — im mniej w którym powiecie przyczyn śmierci jest stwierdzonych przez lekarzy, tem wyższą jest liczba śmiertelności w tej rubryce. Przyczyna zaś śmierci stwierdzoną została w roku 1898 w całej Galicyi tylko w 49,853 przypadkach na 196,576 zmarłych, a więc zaledwie w czwartej części. Mimo woli nasuwa się domysł, że tylko tę czwartą część zmarłych lekarze widzieli za życia, względnie leczyli, reszta, t. j. 74·65%, a więc trzy czwarte zmarłych nie miała pomocy lekarskiej! Nie mamy odnośnych wykazów z innych prowincyj państwa za rok 1898; lecz daty te zaledwie małym ulegają zmianom, przytaczamy więc liczby z roku 1897. Otóż największą jest liczba Galicyi 74·52%, dalej Dalmacyi 72·08%, Bukowiny 67·67%, dalej Krainy 66·73%, — a potem liczba ta stopniowo maleje do 0·04% dla Wiednia. Pod tym względem Kraków w roku 1898 przewyższył Wiedeń, bo w Krakowie wszystkie przypadki śmierci stwierdzili lekarze.

Z tych „ogólnych uwag o śmiertelności" wysnućby można zdaniem naszem te wnioski, że I. walkę z chorobami zakaźnemi toczyć nam należy ze zdwojoną energią, bo to nasz wróg najcięższy; II. również zwrócić uwagę baczniejszą należy na gruźlicę i choroby przewodów oddechowych; III. organizować jak najwięcej posad lekarzy okręgowych i tworzyć więcej szpitali prowincyonalnych, każdy z paroma ubikacyami dla izolowania.

II. Zakłady humanitarne i lecznicze.

A. Szpitale.

W roku 1898 przybył do 27 szpitali publicznych nowy szpital powszechny w Przemyślanach, zaś z prywatnych przybył nowy szpital powiatowy w Husiatynie i sanatoryum

dla chorób ocznych prof. Wicherkiewicza w Krakowie na 8 łóżek; było więc szpitali publicznych 28, a prywatnych 56, razem 84. Szkoda, że oprócz małej wzmianki o szpitalu św. Ludwika w Krakowie, sprawozdanie nie podaje bliższych szczegółów o urządzeniu tych zakładów, ich wadach i zaletach. Łóżek w tych wszystkich zakładach było w 1898 r. 5178 (o 103 więcej, niż w 1897 r.). Ciekawa jest tabelka, zestawiona przez c. k. centralną komisyę statystyczną za rok 1896, którą tu w całości przytaczamy:

Na jedno łóżko szpitalne wypada w	Tryeście (z przyl.)	94	mieszkańców
» » » » »	Tyrolu	249	»
» » » » »	Salzburgu	252	»
» » » » »	Austryi niższej	255	»
» » » » »	Styryi	307	»
» » » » »	Czechach	649	»
» » » » »	Śląsku	693	»
» » » » »	Morawie	724	»
» » » » »	Dalmacyi	977	»
» » » » »	Bukowinie	1351	»
» » » » »	Galicyi	1359	»

W r. 1898 leczono w publicznych szpitalach galicyjskich razem 52.879 chorych, w prywatnych 16365; największą jest liczba leczonych na choroby weneryczne i kiłowe (8393). Co do wyników leczenia, to w pojedynczych szpitalach, a nawet oddziałach szpitalnych, tak różnie i dowolnie bywają one oceniane, że sprawozdanie pomieszczając odpowiednie tablice, wyraża słusznie powątpiewanie w wiarygodność tych liczb. Podajemy tu więc tylko sumy zebrane ze wszystkich szpitali, z których w roku 1898 wyszło:

	z publicznych	z prywatnych
wyleczonych	41162	11860
z polepszeniem	5173	1502
niewyleczonych	2718	689
zmarło zaś	3826	1304.

Ciekawych i tych, których to specyalnie zajmuje, odsełamy do tablicy umieszczonej w Sprawozdaniu, a obejmującej „Wykaz chorych wenerycznych i kiłowych, leczonych w r. 1898 w krajowych szpitalach powszechnych“ (każdym z osobna). Ważniejsze są wnioski, wysnute z tych tablic: ilość leczonych z powodu rzeżączki zwiększyła się w ostatnich 9 latach o 8%,
leczonych z powodu wrzodu miękiego zwiększyła się o 6·5%
„ „ „ kiły pierwotnej zmniejszyła się o 36·3%
„ „ „ kiły wtórorzędnej zwiększyła się o 18%.
Najwięcej osób dotkniętych kiłą i ugrupowanych według powiatów do których należą, wypadało na 10,000 mieszkańców Lwowa (37·7), Krakową (28·2), powiatu stryjskiego (22·7), powiatu stanisławowskiego (19·1), podgórskiego (14·8), nadwórniańskiego (12·0), przemyskiego (11·5), kossowskiego (11·1), tarnopolskiego (9·0), lwowskiego (8·9), drohobyckiego (8.8), peczeniżyńskiego (8·7); z pozostających powiatów coraz to mniej, najmniej wreszcie z bocheńskiego (0·5), myślenickiego (0·4), wielickiego (0·6), cieszanowskiego (0.8), dąbrowskiego (0·3), dobromilskiego (0·6) (zaś z powiatu krakowskiego 5·4). Już z powyższego zestawienia, lecz daleko więcej z tablic i uwag dalszych Sprawozdania pokazuje się, jak słusznie ostrzegał prof. Jordan Sejm przed szerzącą się w powiatach stryjskim, nadworniańskim, kossowskim i doliniańskim, kiłą. Toteż w szpitalach w Stryju, Kołomyi i Stanisławowie chorzy dotknięci temi chorobami stanowili więcej niż trzecią część wszystkich chorych. Koszta leczenia i utrzymania chorych we wszystkich szpitalach publicznych wynosiły w całej Galicyi razem w r. 1898 kwotę 739.114 złr. Koszta leczenia i utrzymania jednego chorego wynosiły przeciętnie na dzień w szpitalu lwowskim 78·4 cnt., z czego na żywność samą 24·1 cnt., w krakowskim 76·8 cnt., z czego na żywność 27·7, w szpitalach prowincyonalnych przeciętnie 52·6 cnt., z czego na żywność przypada od 11·1 cnt. (Sanok) do 20 cnt. (Ciąg dalszy nastąpi).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23 stycznia.

Prezes Towarzystwa samopomocy lekarzy przesyła nam do ogłoszenia następujące »Wezwanie«:

»Petycya o wprowadzenie przymusowego ubezpieczenia lekarzy na wszelkie przypadki życia, w myśl uchwalonego przez Walne Zgromadzenie Tow. samopomocy lekarzy w dniu 22 paźdz. 1901 r. projektu, wniesioną zostanie w lutym do c. k. Rządu i do Rady państwa. Do petycyi tej dołączony być musi spis członków Towarzystwa, a wobec tego rzecz zupełnie naturalna, że petycya tem większej nabiera wagi, im liczniejszy stać za nią będzie poczet członków. Dlatego wzywamy tych wszystkich Kolegów, którzy pragną, aby ubezpieczenie lekarzy wprowadzone zostało i którzy się zgadzają z projektem ustawy, (który w październiku r. z. wszystkim lekarzom w Galicyi, w Bukowinie i w Śląsku został rozesłany), aby niezwłocznie zapomocą kartki korespondencyjnej przystąpienie do Towarzystwa samopomocy lekarzy zgłosili na ręce skarbnika Dra W. Słapy, (Kraków, ul. Kolejowa, 4). Uczynić to należy zaraz w interesie wszystkich lekarzy; opieszałości w tym względzie trudnoby usprawiedliwić.«

Z Wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy.

Dr. Adam Langie, sekretarz. *Dr. Henryk Jordan*, prezes.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader i kol. dr. Chlumský przedstawili chorych, operowanych w klinice chirurg. krak.; kol. dr. Frommer okazał nowy przyrząd chirurgiczny; wreszcie kol. dr. Bier mówił »O nowoczesnych sposobach odkażania mieszkań«.

* Na najbliższej sesyi Sejmu galicyjskiego Wydział krajowy zażąda uchwalenia kredytu na wystawienie pawilonu dla chorób zakaźnych przy krakowskim szpitalu św. Łazarza.

* Wydział krajowy otrzymał z Namiestnictwa i z krajowej Rady zdrowia wnioski, uzasadniające potrzebę utworzenia pięciu nowych okręgów sanitarnych, a mianowicie: w Ubnowie, Dobczycach, Haliczu, Olesku i Strzeliskach Nowych. Nadto rozpoczęto badania w celu dalszego zorganizowania okręgów sanitarnych: w Milówce, Kutach i w Tłustem.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Salomon Teufel.

* Do zarządu Tow. lekar. lwowskiego wybrani zostali: doc. dr. A. Sołowij (prezes), dr. Wł. Jasiński (wiceprezes), i S. Ruff (sekretarz). Delegatami na Walne zebranie »Tow. lek. galicyjskich« wybrano Koll.: A Sołowija, Renckiego, Fechtera, Krzyszkowskiego, Kucharskiego, Lachowicza, Trzcinieckiego, Zalewskiego; zastępcami delegatów Koll.. Leńkę, Hojnackiego, Marischlera, Pilewskiego.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień I. Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw — urodziło się dzieci 13, zmarło osób 39, mianowicie: z gruźlicy 8, (4 zamiejscowych), z zapalenia płuc 5 (3 zam.), z krztuśćca 2 z płonicy 4, (2 zam.), z duru brzusznego 1.

Tydzień II. Zawarto małżeństw 26, urodziło się dzieci 56, zmarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy 11 (1 zamiej.), z zapalenia płuc 5 (2 zam.), z dławca i błonicy 2 (1 zam.), z płonicy 4 (2 zam.), z cholery dziecięcej 1.

* W pierwszym tygodniu styczniowym bieżącego roku stwierdzono ospę w Galicyi tylko w dwóch gminach powiatu turczańskiego; natomiast dur osutkowy panuje w pow. dąbrowskim (1 gmina), nadworniańskim (3 gm.), niskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.) i złoczowskim (1 gm.).

* Dr. Kazimierz Chełchowski przysłał na ręce Redakcyi »Przegl. lek.« sześć egzemplarzy dzieła p. t. »Wykaz oryginalnych prac polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie«. O tej zbiorowej pracy, w której dr. Chełchowski wziął wybitny udział, pisaliśmy w swoim czasie, wskazując na nią, jako na najlepszy »Index« bibliograficzny polskiego piśmiennictwa lekarskiego za sześćdziesięciolecie, które obejmuje. Zamiarem Szan. ofiarodawcy jest ułatwienie autorom w Galicyi w bardzo nieraz trudnej pracy zestawienia lekarskiego piśmiennictwa polskiego. Idąc za tą szczęśliwą myślą dra Chełchowskiego, przeszlemy trzy egzemplarze do Biblioteki Tow. lek. krak. i drugie trzy do Biblioteki Tow. lek. galic.; a kolegów, trudniących się piśmiennictwem, zwracamy uwagę na ten nabytek.

Za ten dar tak pożyteczny oba Towarzystwa będą szczerze wdzięczne drowi Chełchowskiemu.

* Nr. 154 »Odczytów klinicznych«, wydawanych przez Redakcyę »Gazety lekarskiej«, opuścił prasę; zawiera rozprawę dra

K. Stróżewskiego p. t. »Leczenie bezładu tabetycznego zapomocą odpowiednich ćwiczeń« (metoda Frenkla).

* Austryackie ministeryum handlu w porozumieniu z ministeryum spraw wewn. wydało ze względu na zapalność błonnika *(cellulinum)* rozporządzenie, dotyczące handlu, przechowywania i przewożenia wyrobów z tego materyału.

* Na gruntach berlińskiego szpitala »Charité« ma powstać pawilon dla badania raka; obok dwóch sal dla chorych znajdować się będzie pracownia naukowa.

* Sumptem braci Rothschildów zbudowany został pawilon chirurgiczno-ginekologiczny przy szpitalu izraelickim w Wiedniu. Kierownikiem oddziału chirurgicznego jest doc. Zuckerkandl, a ginekologicznego dr. Fleischmann.

* Ministeryum oświaty, czyniąc zadość podaniu kolegium prof. Wydziału lekar. uniwersytetu wiedeńskiego, powzięło uchwałę urządzenia przy instytucie higienicznym prof. Grubera pracowni bakteryologicznej, zastosowanej do najnowszych wymagań nauki.

* Lekarskie dzienniki niemieckie donoszą, że prof. Behring zamierza całą przyznaną mu nagrodę Nobla, wynoszącą 168,000 mar., ofiarować państwu pruskiemu na utworzenie osobnego zakładu dla terapii doświadczalnej przy uniwersytecie w Marburgu, gdzieby on mógł dalej prowadzić swoje badania w szerszym zakresie nad surowicą.

Mianowania i odznaczenia. Prezydent ministrów mianował prof. Gussenbauera zwyczajnym członkiem najwyższej Rady zdrwia w Wiedniu. Docenci: Ascher (fizyologia) i Howald (anatomia patol.) mian. profesorami w Bernie szwajcarskiem.

Bibliografia:

Doc. dr. A. Vesely: **Klinicke Vyšetřovaci metody a lékařská technika.** (Zeszyt 5 i 6). W Nr. 26 (zeszłego roku) zwróciliśmy uwagę na pedagogiczny cel tego dzieła i znakomite przeprowadzenie zamierzonego przez autora zadania. W zeszycie 5- i 6-tym autor w dalszym ciągu podaje badanie krwi, plwociny, śliny, wymiociny, soku żołądkowego i t. d., a kończy rozdziałem o wnętrzakach. Chemia, bakteryologia i technika kliniczna po mistrzowsku są zużytkowane, słowem, te dwa zeszyty posiadają wszystkie zalety poprzednich.

— *Postęp okulistyczny* (Grudzień). Wicherkiewicz: Uwagi nad etyologią odczepienia siatkówki. Feinstein: Ciekawy pod względem leczenia przypadek urazu rogówki.

— *Medycyna* Nr. 3. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (dr. E. Flatau). (c. d.). Karwacki: Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego. (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 3. Higier: Choroba Tay-Sachsa. Gluziński: O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka. (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 1. Giedroyć: Z dziejów higieny w dawnej Polsce. Akt dotyczący urządzeń higienicznych w Wieliczce. Kopczyński: Wpływ bicia dzieci na ich zdrowie i charakter.

— *Przegląd felczerski* Nr. 2. M.: Walka z zakażeniem połogowem (c. d.). Cetnarowicz: Organ wzroku a ospa (c. d.). R.: Z dziedziny fizyki i chemii (c. d.). R.: Aseptyka i antyseptyka (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 3. Rubeška: O upotřebeni kaučukových balonů v porodnictwi. (dok.) Výmola: Příspěvek ku therapii akutnich zánětů ušnich.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 1. Kopřiva: Epidemia typha u gradskoj topničkoj vojarni u Ljubljani. Mirković: Smrt u porodjaju uslied patholožke mane ili uslied prekomjernoga gubitka krwi sbog raztrgane pupkovine? Opažanja o nadriprimaljstwu. Ioanović: Morfologija i biologija bacilla typha (Eberth), te njegov odnošaj prema abdominalnom typhu.

— *La Presse médicale* Nr. 4. Gouget: O zmianach w wątrobie, zależnych od niedomogi wydzielniczej nerek. Luys: O otrzymywaniu moczu oddzielnie z każdej nerki. — Nr. 5. Lévi: Surowica Trunečka. Romme: Bakteryjne leczenie gruźlicy podług nowej metody prof. Kocha. Busquet: Stała obecność prątka Ebertha we krwi chorych na dur.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3. Straussler: Przyczynek do etyologii ostrego krwotocznego zapalenia mózgu. Markl: Doświadczalne badania nad przeciwdurowym wyciągiem (Extract) Jeża. Frankl: Nowy perforator na wzór trepana do dziurawienia czaszki.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 2. Oppenheim: O przypadku guza w rdzeniu pacierzowym. Krebs: Elektryczne światło żarowe i zakażenie wewnętrzne. Ruhemann: Prosta metoda do natychmiastowego ilościowego oznaczenia kw. moczowego w moczu. Freund: Nieprawidłowości klatki piersiowej, jako czynnik usposabiający do suchot płucnych i rozedmy (dok.). Menzer: O zapaleniu gardła, gośćcu stawowym, rumieńcu węzłowatym i zapaleniu płuc, oraz uwagi nad etyologią chorób zakaźnych (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 2. Zahn: Zestawienie wszystkich przypadków gruźlicy, badanych pośmiertnie w Genewskim instytucie patologicznym w ciągu ostatniego 25-lecia, ze szczególnem uwzględnieniem pierwotnej i następowej gruźlicy jelit, oraz częstości tamże jednocześnie znajdującego się zwyrodnienia skrobiowatego. Schmidt: O stosunku Langerhansowskiej wysepki (insula) trzustki do cukrzycy. Criegern: O zrostach opłucnowych i stanach pokrewnych z punktu widzenia dyagnostyki diaskopijnej. Frucht: Soxletowski cukier odżywczy, nowa pożywka dla dzieci. Tesdorpf: O zmiennym stosunku zaburzeń cielesnych i umysłowych w histeryi. Jaquet: Przyczynek do techniki graficznego zapisywania tętna. Schanz: Najnowsza teorya Behringa o błonicy. Seubert: Przypadek zgorzeli po płonicy. Roemsch: Plamica krwotoczna w przebiegu gruźlicy płuc.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 3. Litten: Związek zachodzący między schorzeniem ogólnem ustroju a dnem oka. Rosin i Bibergeil: Wyniki barwienia krwi żywej. Feinberg: Czynnik wywołujący schorzałe wyrośle na kapuście. Hansemann: O pasorzytniczej etyologii raka. Kolle i Martini: O dżumie (c. d.). Haassler: O schorzeniach następowych po czerwonce (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 29 stycznia, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie nadzwyczajne, na którem koledzy: prof. Ciechanowski i dr. Gliński okażą preparaty anatomo-patologiczne; kol. prof. Kryński demonstrować będzie preparaty, uzyskane z operacyi wycięcia macicy; kol. doc. Maziarski będzie miał wykład p. t „Element przewodzący w układzie nerwowym środkowym i obwodowym z demonstracyą oryginalnych preparatów prof. Apáthyego z Koloszwaru".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.